

SchulPs

Zeitung des Arbeitskreises
*Schule und Ps*ychiatrie

Infos zur nächsten
Tagung 2002 in Kassel



**GANZ SCHÖN
PRAKTISCH:**
Von Möglichkeiten
und Erfolgen
eines Praktikums

**NEUE
ERKENNTNISSE:**

27 schreibe 72? -
Zahlen mit neuen
Augen sehen

Nr.11
2002
ISSN 1615-5033

Das ist dr **in**

Seite

In eigener Sache

Vorwort Redaktion / Vorwort Sprecherrat

3

Neues vom Fach

27 schreibe 72

4

Von Geobrett bis Rechenblock

10

Kinder im Spannungsfeld

14

Modell zur Ausbildung

20

Prozente sind nicht alles

24

Praktisch

Viele Schulen - eine Zeitung

27

Fantasieren im Snoezelraum

27

Schülerbetriebspraktikum

28

Kooperation ist alles

30

Buchtipps

Total durchgeknallt

32

Reingeschaut

Alfred-Adler-Schule stellt sich vor

33

Scharf umrissen

Zug nach Nirgendwo

38

Brandflecken als Chance

40

Meinung

Briefe

41

Allgemeines

Programm Kassel

44

Anmeldung Kassel

44

Über den Tellerrand blicken

45

Von trockenem Wein ...

46

Beitritt / Abo

47

Titel-

Logo der Tagung in Freiburg 2001
Ein Cartoon von Ernst Böse

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

1 + 1 = 1 Eigentlich disqualifizieren wir uns mit dieser Gleichung schon, bevor wir überhaupt angefangen haben. Aber irgendwie steht das Zahlenspiel für das Ziel, das hinter unserer Arbeit steckt: Einmal Petra plus einmal Kerstin = eine SchuPs-Zeitung. Oder einmal individuelle Vorstellungen von Zeitung + einmal andere individuelle Vorstellungen von Zeitung = ein Werk, das trotzdem aus einem Guss sein soll. Wie auch immer – das Ergebnis und damit die Richtigkeit der Gleichung müssen schon unsere Leser beurteilen.

Allerdings sind wir dabei hauptsächlich für die Äußerlichkeiten zuständig, denn schließlich lebt unser Werk von den zahlreichen Beiträgen. An dieser Stelle deswegen auch ein herzliches Dankeschön an die Autoren. Wir hoffen, dass sie mit der Gestaltung ihrer Texte zufrieden sind, auch wenn sicherlich einiges anders aussieht als bisher.

Apropos anders: Wir möchten hier auch nochmal die Mühe und den Aufwand unseres Vorgängers Volker Peters würdigen – spätestens nach dieser ersten Zeitung wissen wir, wie viel Zeit und Schweiß in einer Ausgabe stecken. Trotzdem: Ein Wechsel der Redaktion bietet immer die Chance, zu experimentieren, weiterzuentwickeln, seine individuellen Vorstellungen einfließen zu lassen und Neuerungen anzuschupsen. Wir hoffen dabei vor allem, dass unsere Leser sehen, dass wir Spaß an der Arbeit haben – und hier und da vielleicht auch ein paar gute Ideen.

In diesem Sinne wünschen wir allen viel Freude beim Lesen. Für Rückmeldungen und Anregungen – wenn es sein muss auch Kritik – sind wir immer offen

Petra Rohde und Kerstin Kreienfeld

Liebe „SchuPs – Freunde“, Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich wünsche Ihnen allen ein gesundes erfolgreiches Jahr 2002 und weiterhin viel Freude bei der uns so am Herzen liegenden Arbeit.

Wir haben im letzten Jahr eine sehr interessante gut organisierte Schups-Tagung in Freiburg erleben können, in deren Rahmen die Teilnehmer viele neue Eindrücke und Erkenntnisse Team der Klinikschule Freiburg konnte diese Tagung so erfolgreich und reibungslos durchgeführt werden. Wir bedanken uns auf diesem Wege noch einmal herzlich bei allen Freiburger Kollegen dafür.

In diesem Jahr hat sich glücklicherweise wieder ein Team bereit erklärt, die Organisation der Schups-Tagung 2002 zu übernehmen. Die Kollegen aus Kassel sind schon intensiv mit der Planung des Programms und vielen weiteren Vorbereitungen für den September beschäftigt. Wir hoffen, dass wir viel Zeit für den Austausch von Erfahrungen und persönlichen Gesprächen haben werden. Dieses Bedürfnis war ja ursprünglich der Anlass für die Gründung unseres Arbeitskreises. Wie dem Programm in diesem Heft zu entnehmen ist, wird auch dem Wunsch nach Fortbildung und Anregungen für unsere Arbeit mit guten Vorträgen und Workshops entsprochen.

Sehr froh sind wir, dass Petra Rohde sich bereit erklärt hat, die Redaktion der Schups-Zeitung zu übernehmen. Das „Eintreiben“ von Beiträgen und die Herstellung der Zeitung beansprucht doch sehr viel Zeit, von der wir ja alle bei der zunehmenden „Arbeitsverdichtung“ nichts übrig haben.

Ursel Schwartzkopff hat sich mit ordnender Hand der Mitglieds- und Abonnentenlisten angenommen und führt die Kasse weiter. Vielen Dank dafür!

Die Mammutarbeit der Bereinigung und Ordnung unserer Versandlisten hatte Gesine Krüger übernommen und sich über Monate damit beschäftigt – ihr gebührt natürlich auch ein ganz besonderer Dank!

In diesem Jahr steht die Wahl eines neuen Sprecherrates an, und ich denke, dass in diesem Rahmen die Frage „Wohin geht Schups?“ diskutiert und geklärt werden muss. Soll Schups ein Arbeitskreis bleiben, der durch die freiwillige Zusammenarbeit von Kollegen getragen wird – damit aber Grenzen im gesamten Angebot hat? Mehr kann auf freiwilliger ehrenamtlicher Basis nicht geleistet werden! Wir sind gespannt auf die – hoffentlich konstruktiven – Vorschläge.

Nun noch kurz eine Bitte: Wir haben diesem Heft ein Rechnungsformular beigelegt für alle Institutionen, die unsere Zeitung bekommen und nicht Einzugsermächtigungen erteilen können. Natürlich können/sollten auch Personen, die diese Zeitung erhalten und ebenfalls noch nicht eine Einzugsermächtigung ausgefüllt haben dies entweder nachholen oder das Geld überweisen.

Wir wünschen allen Kollegen weiterhin viel Freude bei der Arbeit und freuen uns auf ein zahlreiches Wiedersehen

Karin Siepmann (Hamm)
- geschäftsführende Sprecherin -
Lothar Meyer (Dresden)
- Sprecherrat -
Detlev Krüger (Hamburg)
- Sprecherrat -

Impressum

Herausgeber:

Arbeitskreis Schule und Psychiatrie (SchuPs)
Gesch.-Sprecherin: Karin Siepmann
Schule für Kranke, Hamm
Heithofer Allee 64, 59017 Hamm
Telefon (d): 02381 893400
(p) 02381 26689
Fax: 02381 893405

E-Mail: K.Siepmann@t-online.de

Layout:

Kerstin Kreienfeld
Petra Rohde
petrarohde@nexgo.de

Verantwortlich:

Karin Siepmann

Auflage: 500

SchuPs im Internet:

www.schule-und-psychiatrie.de

„27 schreibe zweiundsiebzig“

Von Abenteuern, Risiken und (positiven) Nebenwirkungen beobachtender Diagnostik in der Klinikschule

Vortrag auf der Jahrestagung des Arbeitskreises „Schule und Psychiatrie“ (19.9. - 22.9.01 in Freiburg)

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, liebe Gäste!

Ich freue mich, sozusagen als einziger „Heimspieler“ heute zu Ihnen sprechen zu können. Aus eigenen, manchmal leidvollen Erfahrungen als Teilnehmer von Tagungen solcher Art, erschien es mir bei der Vorbereitung dieses Vortrags wichtig, in den inneren Rollentausch zu gehen.

Welche Impulse kann ich erfahrenen, engagierten Kolleginnen und Kollegen mit diesem Beitrag geben, damit sie anschließend sagen können: Freiburg hat sich nicht nur wegen der Stadt und dem SCHUPS Abend gelohnt! Wie kann ich diese Impulse auch noch im „Lehrer-Bio-Mittagstief“ entwickeln?

Ich versuche dies nun, indem ich Sie sozusagen auf eine Reise einlade, Risiken und Nebenwirkungen beobachtender Diagnostik zu erkunden, sich anregen oder (was sich nicht ausschließt) irritieren zu lassen.

Mit einem Experten in abenteuerlichen Reisen und Beobachtungen, Carlos Castaneda, möchte ich einleiten:

Du siehst, wir haben nur zwei Alternativen: entweder halten wir alles für gesichert und real, oder wir tun es nicht. Wenn wir das erstere tun, dann enden wir in tödlicher Langeweile an uns selbst und der Welt! Wenn wir das letztere tun..., dann schaffen wir einen Nebel um uns her, einen sehr erregenden und geheimnisvollen Zustand, bei dem niemand weiß, nicht einmal wir selbst, wo der Haase vorspringen wird.“

Ich möchte bewusst den geheimnisvollen

Nebel wühlen, um die Risiken der tödlichen Langeweile zu minimieren. Dieses Motto könnte auch gut für die Art der Diagnostik stehen, die ich heute mittag entwickeln möchte.

Die vorgeschlagene Reise soll folgenden Ablauf haben:

1. Ungeordnete Abenteuer
2. Landkarten
3. Ausrüstung
4. Erfahrungen: Chancen, Risiken, Nebenwirkungen

1. Ungeordnete Abenteuer in Form von ungeordneten Schülerbeobachtungen

Andreas (sämtliche Namen verändert), 3. Klasse, Experte für Reptilien aller Art und leidenschaftlicher Angler. Er hat es sehr schwer, sich Zahlenräume vorzustellen, Stellenwerte zu erfassen und in der richtigen Reihenfolge anzuordnen. Nach einiger Entwicklungszeit mit individuellem Üben wusste nun A., dass wir in Deutschland, warum auch immer, bei zweistelligen Zahlen die Einer vor dem Zehner, also sozusagen chinesisch lesen. Um dies nun auch beim Schreiben im Sinne der allgemeinen Übereinkunft „richtig“ umzusetzen, verblüffte A. leise vor sich hersprechend mit folgender Selbstinstruktionsstrategie, die in den Titel meines Vortrags Eingang fand:

„27 - schreibe 72“. Danach schrieb er zuerst die 2 und dann die 7, schrieb die Zahl stellengerecht auf und hat so seine Konstruktion passfähig zur Vereinbarung modifiziert.

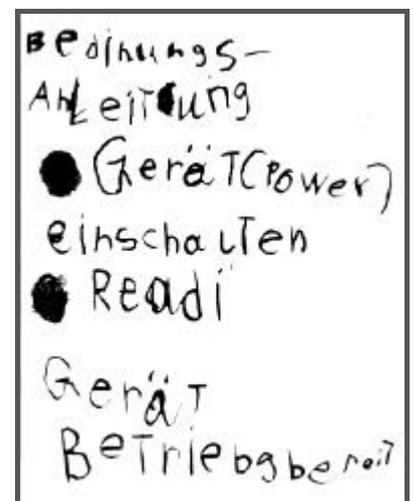
Auch mit Sven, 2. Klasse, hatte ich dieses Stellenwerte-Erlebnis: Behauptete er doch fest 58 plus 7 ergäbe 56. Auf die Frage seines Weges erklärte er mir: 8 plus 7 gibt

15 plus 50 gibt 65 und da steht es, indem er auf die 56 zeigte. Im angelsächsischen Sprachraum mit der Zahl sixty five wäre S. Konstruktion mit der Vereinbarung deckungsgleich, bei uns nicht, worauf S. englische Zahlen lernen wollte.

Sonja, Ende 2. Klasse, lt. Stammschule Rechtschreibung 4,8, ist noch vollkommen in der lautlichen Entwicklungsphase der Schreibentwicklung. Beim diagnostischen Schlüsselwort Fahrrad kann und muss sie noch nicht erkennen, aus welchen Wörtern es sich zusammensetzt, welche Dehnungszeichen es gibt, wie man das d am Schluss gut hörbar macht. Sie ist glücklich und zufrieden, ihr Fahrrad, mit dem sie am Wochenende einen Ausflug gemacht hat, als „farat“ aufschreiben zu können.

Jonas, 2. Klasse, sagte schon am ersten Tag seines Aufenthaltes in der Klinikschule: Ich schreibe nichts (siehe meinen Aufsatz in Päd. Impulse 6/00). Er hält dies wochenlang durch, bis er, als Technikfreak, im Lehrerzimmer eine Laminiermaschine mit daneben liegender Gebrauchsanweisung sieht. Jonas schreibt:

Marco, 2. Klasse, Schulverweigerer von



Beginn an, war nur in der Lage mittels Hilfs-Ich Rollen schulisch zu arbeiten. So konnte er nach langer Anlaufphase in den von ihm selbst gewählten Rollen als Onkel aus Marburg, Batman, Zahlenmonster und Roboter den 1 1/2 Jahre verweigerten Lernprozess aufzunehmen.

Ich könnte diese Reihe von beliebigen Beispielen fortsetzen. Kinder mit Zuschreibungen wie Dyskalkulie, LRS, Schulverweigerung, oppositionellem Verhalten - sie kennen die Klassifikationen nach CD 10. Interessant und abenteuerlich ist schon allein die Tatsache, dass diese Kinder genau in dem Gebiet, in dem ihnen ein großes Defizit zugeschrieben wird, bei genauem Hinschauen höchst kreative Ideen entwickeln.

Den Beispielen gemeinsam ist eine Grunderfahrung beobachtender Diagnostik, die ich bereits hier, sozusagen als Reiserichtung bereits voranstellen möchte:

? Interventionen nach bisherigen richtig/falsch Unterscheidungen führen oft zu destruktiven Auswirkungen auf das Selbstkonzept im Bereich Lernen und können äußerst positive eigenständige und damit nachhaltige Lernstrategien verschütten

? So ergibt sich positiv gewendet der Wert beobachtender Diagnostik 1. in der positiven Entwicklung für das schulische Selbstkonzept durch Wertschätzung und Neugier auf eigene (manchmal auch herkömmlich falsche oder zumindest exotische) Lösungswege der Kinder und 2. Im Erkennen von individuellen Strukturen, Stärken und des Aufdeckens sonst verschütteter Potenziale als Grundlage der notwendigen Förderung

Der Hamburger Erziehungswissenschaftler Peter Struck erläuterte dazu gerade letzte Woche im Deutschlandfunk: „Kinder lernen am besten über Umwege und Irrwege“. (Reinhard Kahl: Lob des Fehlers - Fehler sind unsere Freunde) Werning und Wildt bemerken dazu in ih-

rem Aufsatz Konstruktivismus und Mathematik in der Zeitschrift System Schule treffend, dass nur die „Wertschätzung der Konstruktion als Ausdruck der Identität des anderen dessen Bereitschaft wachsen lassen wird, die Konstruktionen zu überdenken und zu revidieren.“

2. Landkarten

Um Risiken und Nebenwirkungen naher besser abschätzen zu können, möchte ich hier einige Leitideen sowie eine mögliche theoretische Fundierung einer solchermaßen fokussierten Beobachtungsdiagnostik als Landkarte der Reise darstellen. Wenn die KMK Empfehlung zum Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler von 1998 die Notwendigkeit der „Beobachtung während des Unterrichts“ und einer „pädagogisch ausgerichteten Diagnostik“ hervorhebt, ist dies bereits aus der Unterscheidung gerade einer Klinikschule von medizinisch ausgerichteter Diagnostik zu verstehen. Wohlwissend, dass nach Speneer Brown die Wahl der Unterscheidung die Beobachtung bestimmt, möchte ich diese auf Erfahrungswerten aufbauenden unterschiedlichen Merkmale von pädagogisch ausgerichteter und medizinisch ausgerichteter Diagnostik vorstellen:

Medizinischer Ansatz

- ? Suche nach konstantem Defizit
- ? Suche nach „objektiver“ Diagnose
- ? Bewertung nach quantitativen Nomen
- ? ·Symptomträgerorientierung

Pädagogischer Ansatz

- ? Suche nach Stärken
- ? Suche nach Fördermöglichkeiten
- ? Bewertung nach qualitativen Aspekten
- ? Umfeldorientierung

Solche Versuche, Unterscheidungen zu simplifizieren, um zu strukturieren, bieten immer die Gefahr der unzulässigen Vereinfachung, bieten andererseits aber

gerade in ihrer simplen Deutlichkeit Erklärungen von unnötigem Sand im Getriebe der diagnostischen Kooperation zwischen Schule und Klinik. Solche Unterscheidungen machen gerade dann Sinn, wenn die gegenseitige Akzeptanz der jeweiligen Profession vorhanden ist. Meine Aufmerksamkeit gilt daher nicht der Frage, welche Diagnostik die bessere wäre, sondern wie die unterschiedlichen Fokussierungen transparent und akzeptiert sind und sich so, und nur so, Synergieeffekte zwischen beiden diagnostischen Modellen einstellen können.

Baustellen entstehen dort, wo ein medizinisch ausgerichtetes diagnostisches Modell auf Schule im Klinikum übertragen werden soll.

Dieses Risiko kann dann minimiert werden, wenn Klinikschule innerhalb von Leitbildern für ihre Arbeit gerade im wissenschaftlich klinischen Raum ihren diagnostischen Ansatz inhaltlich fundiert be-

Klinikschule lustvoll vermittelt als diagnostische Bereicherung

gründen kann und so lustvoll vermitteln kann, um zumindest bei einzelnen Kooperationspartnern als diagnostische Bereicherung, auch wenn es dabei

selten Zahlen zur Weiterleitung an den Oberarzt gibt, wahrgenommen zu werden. Besteht die Klarheit über die Grundlagen pädagogischer Beobachtungsdiagnostik nicht, ist es selbstverständlich, dass sich pädagogischer-medizinischer Austausch allein an medizinischen Fragen und deren diagnostischen Modellen orientiert. Aber auch innerhalb pädagogischer Berufsgruppen bedeutet beobachtende Diagnostik meiner Meinung nach erst qualitativen Fortschritt und Nachhaltigkeit, wenn sie sich auch um theoretischer Landkartenen bemüht, was im pädagogischen Alltagsdiskurs nicht immer selbstverständlich erscheint.

Eine mögliche (ich betone *eine*) theoretische Fundierung bietet der Konstruktivismus und der damit verbundene systemische Absatz. Ich möchte sie hierzu in ein kleines Basiscamp einladen.

Viele von Ihnen kennen sicherlich folgendes Bild. Es ist trotzdem immer wieder spannend, wer heute was sieht:

Wer sieht heute die junge Frau, wer die alte? Wer beide? Wer sieht hier richtig? Wer falsch? Welche Symptome nach ICD 10, wenn sie nur eines sehen??

Es ist hier nicht der Ort und die Zeit, er-

tem dar, das sich aus seinen eigenen Elementen immer wieder selbst erzeugt und organisiert. Er kann zwar Umweltinformationen aufnehmen, selektiert aber gemäß seiner Struktur unter dem Kriterium des SoZu-Bleibens-wie-man ist, was einlassfähig ist und was nicht. Lebende Systeme sind demnach nicht instruierbar wie

erginge es uns wie Bichsels Mann, der alles anders benennen wollte und so nur noch mit sich selbst sprechen konnte, Vereinbarungen wie die Welt ist, was nicht heißt, dass sie so ist, wie von uns vereinbart. Dies könnte nur eine Instanz außerhalb unserer Wahrnehmung beurteilen.

Individuelle Wirklichkeiten werden dabei einerseits durch die jeweilige Struktur, andererseits auch durch den situativen Kontext konstruiert. Vorletzte Woche wollte ich mir ein neues Fahrrad kaufen und sah in Freiburg plötzlich nur noch interessante Fahrräder.

Luhmann und Wilke haben übrigens die Theorien Maturanas von lebenden Systemen auf soziale Systeme übertragen und ähnliche Phänomene wie die Geschlossenheit, Struktur determiniertheit und damit der Wahrnehmung dessen was für ein jeweiliges System passt, festgestellt. Dies ist wieder ein bedeutender Hinweis für die Frage der Beeinflussung oder gar Instruierbarkeit kooperierender Systeme untereinander, z.B. hinsichtlich des diagnostischen Paradigmas.

Ich möchte diese sehr verkürzte Darstellung der Landkarte, die mir in der Praxis hilfreich erscheint (das macht Theorie aus), nun mit einem Vater des Konstruktivismus, Heinz v. Foerster, wieder auf Schule und direkt auf beobachtende Diagnostik übertragen, um damit nach unserem kleinen Theorieabstecher wieder in unser praktisches Themenfeld hineinzudriften: In seinem Buch „Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners“ erzählt er folgende kleine Geschichte:

„Ich war einmal bei einer befreundeten Familie zum Mittagessen eingeladen - und der kleine Bub, der von der Schule hätte kommen sollen, kommt und kommt nicht nach Hause. Schließlich erscheint er doch, er weint und sagt: Ich musste nachsitzen. Wir wollten natürlich wissen, was denn passiert sei. Er erzählte, dass die Lehrerin ihm gesagt habe, er sei frech gewesen, er habe freche Antworten gegeben... Der kleine Bub: Sie hat mich gefragt, wieviel ist 2 mal 3? Und ich habe



Wer sieht was?

*Alte oder junge
Frau?*

Wer sieht beide?

*Was ist richtig,
was ist falsch?*

kennnistheoretische Diskurse zu führen, obwohl dies einmal unter der Fragestellung, wie ein Mensch lernt gerade für Pädagogen interessant wäre. Ich möchte hier vielmehr einige Stichpunkte der theoretischen Landkarte darstellen, auf der beobachtende Diagnostik m.E. eine besondere Relevanz erfährt.

Hinsichtlich der Eigentümlichkeiten lebender Systeme haben die chilenischen Neurobiologen Maturana und Varela das Konzept autopoietischer (griechisch selbsterzeugter) Systeme entwickelt. Nach ihren Untersuchungen ist menschliches Erkennen nicht durch Objekte der Außenwelt, sondern durch die individuelle Struktur bestimmt. Jeder Organismus stellt dabei ein in sich geschlossenes Sys-

eine triviale Maschine (außer formal durch Gewalt), sondern allenfalls irritierbar. Bei Jostein Gaarder habe ich in Sofies Welt eine einfache Umschreibung Maturanas Autopoiese gefunden. Alberto sagt zu Sofie:

„Alles was du siehst, ist Teil einer Welt außerhalb deiner selbst; aber wie du alles siehst, hängt mit den Brillengläsern zusammen. Beobachtende Diagnostik heißt für mich, die Beschaffenheit der individuellen Brillengläser kennen zu lernen, um optimale Lernprozesse zu gestalten. Maturana / Varela bewegen sich mit ihren Aussagen auf der Grundlage einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie, nach der jeder Mensch seine eigene Wirklichkeit konstruiert. Natürlich gibt es, sonst

ihr gesagt: das ist 3 mal 2! Alles hat ge-
lacht ... Dieser kleine Bub, der sieben Jah-
re alt war, hat auf die ihm eigene Weise
das kommutative Gesetz der Multiplikati-
on bewiesen. Dass die Lehrerin diese Ein-
sicht nicht als großartig erkannte, ist sehr
traurig. Sie hat von ihm erwartet, dass er,
auf die Frage, was 2 mal 3 ist, 6 sagt. Da
er dies nicht tat, erschien seine Antwort
als falsch, frech und aufsässig. Das nenne
ich die Trivialisierung junger Menschen.“
V. Foerster fordert im Gegenteil von Päd-
agogik gerade eine „Enttrivialisierung
auf andere Antworten aufmerksam ma-
chen, zu einer Vielfalt der Lösungen und
Sichtweisen anregen.“ (TIMMS) Beob-
achtende Diagnostik kann ein Beitrag
zur geforderten Entfrivialisierung von
Unterricht sein, indem dadurch der Viel-
falt der Konstruktionen von Schülerinnen
bewusst Aufmerksamkeit geschenkt wird,
diese aufgegriffen werden und mit ihnen
gearbeitet wird im Sinne des Erziehungs-
konzepts von Paulo Freire, dass alles, was
der Schüler weiß, Ausgangspunkt für ei-
nen Entwicklungsprozess sein kann.

Ich möchte im folgenden Teil 3 darstel-
len, wie die Klinikschule Freiburg ver-
sucht, sich solchen Orientierungen in der
Praxis zumindest anzunähern.

3. Ausrüstung

Ich möchte hier 5 Kriterien und die dazu
praktizierten Methoden einer nachhaltigen
beobachtenden Diagnostik darstellen,
die auch als Leitlinien zur Eigenevaluati-
on dienen können:

? Interesse an der subjektiven Wirklich-
keitskonstruktion, deren Gehalt und
Sinnhaftigkeit

Methoden: Individueller Beobachtungs-
bogen, individueller Wochenplan, Anre-
gen zu Transparenz von individuellen
Konstruktionen, Anregen zum Finden
verschiedener Wege hin zu Lösungen,
Anregen zur Eigenbeobachtung der Schü-
ler/innen

? Ganzheitlicher Beobachtungsrahmen-
Methoden: Unterschiedliche Lem-
settings auch und gerade in der Ki-
ju.psy.: Arbeit am Wochenplan, Ein-

zelförderung, Projekte in der Lem-
gruppe, Arbeit am Computer, Mor-
genkreis, Rollenspiel, Zaubern,
Schulgarten, Schulbauernhof etc.

? Austausch von Beobachtung im Team
Methoden: Teamteaching, regelmä-
ßige Besprechungen

? Standardisierte Testdiagnostik als er-
gänzende, nachrangige Form von
Beobachtungsdiagnostik
Methoden: Schwerpunkt bei infor-
mellen Verfahren sowie Verfahren,
die zur Förderdiagnostik geeignet
sind (z.B. HSP), - nicht ein Wert be-
einflusst die Beobachtung, sondern
ergänzt sie als eine weitere Sicht-
weise

? Stärken als Fokus der Diagnostik
Methoden: Diagnostischer Basisbo-
gen und Brief an Stammschulen mit
Fragen nach den Stärken, Berück-
sichtigung der Stärken im Wochen-
plan

Da wir uns hier in Freiburg befinden und
ich mich als Fan des SC Freiburg
„outen“, möchte ich den Mittelfeldspieler
A. Zeyer zitieren, der auf die Frage nach
den Erfolgen seines Teams anführt:

„Ich finde, mit das Entscheidende ist,
dass nicht auf den Schwächen von Spie-
lern rumgehackt wird. Man sucht die
Stärken und versucht, die in die Mann-
schaft zu integrieren - das ist auch der
Unterschied zur Arbeit bei vielen anderen
Trainern.“

Auf der Basis dieser Kriterien und Me-
thoden versteht sich beobachtende Dia-
gnostik nicht als unverbindlicher, unwis-
senschaftlicher „small talk“, sondern ver-
sucht den von Luhmann beschriebenen
Anforderungen an die Gesellschaft im
Mikrokosmos Klinikschule nahe zu kom-
men. Luhmann führt aus:

„Was gefordert ist, ist eine neue Strenge
und Genauigkeit im Beobachten und Be-
schreiben und, wenn man so weit gehen
kann, im Begreifen.“

Ich meine, dass gerade eine gründlich
konzipierte und fundierte Beobachtungs-
diagnostik in hervorragender Weise ge-

eignet ist, Lebens- und Lerngeschichten
unserer Schüler/innen zu *begreifen*.

4. Erfahrungen: Chancen, Risiken, Nebenwirkungen

Bei der Erarbeitung des Leitbildes zum
Schulprogramm der Klinikschule Frei-
burg war nach einer umfangreichen Mo-
derationssequenz ein Aspekt unter den
TOP 5 beim anschließenden Bepunkten.
Er hieß: Beobachten - neu in Fluss brin-
gen.

Ich möchte hier im letzten Teil meines
Vortrags versuchen, die besonderen
Chancen einer Klinikschule im Schwer-
punkt beobachtende Diagnostik aber auch
die damit verbundenen Risiken darstellen.

Zunächst zu den Chancen:

Unterricht in der Klinikschule vollzieht
sich meist individuell oder in kleinen
Gruppen. Dieses Setting gilt es für, indi-
viduelle Beobachtung von Lernwegen
und damit als Hilfe zur Selbstbeobach-
tung der Schüler/innen zu nutzen. Lernen,
wie wir es in Freiburg auch in größeren
Gruppen praktizieren, bedeutet dabei
nicht der Versuch der Homogenisierung
sondern der Bereicherung beobachtender
Diagnostik unter Einbeziehung von Schü-
ler/innenbeobachtung. Die oft als großen
Nachteil von Klinikschule empfundenen
kurzen Aufenthaltsdauern erweisen sich
für eine auf der dargestellten Grundlage
durchgeführten Beobachtungsdiagnostik
von unschätzbarem Vorteil:

In der Gruppe gibt es Fluktuation, d.h. es
kommen nach kurzen Zeiten immer wie-
der neue Beobachter dazu. Die Risiken
von starren Positionierungen, wie sie in
jahrelang zusammen lernenden Klassen
vorhanden sind, sind äußerst gering.
Schüler und Schülerinnen sowie Lehrer
und Lehrerinnen wissen beide von der
zeitlichen Begrenztheit ihres Aufenthal-
tes. Schülerinnen und Schüler können so-
zusagen ohne Gesichtsverlust einmal ihre
bisherige Rolle aufgeben. Was im Aufbau
einer Beziehung in Klinikschulen meist
als Nachteil empfunden wird, erweist sich
wiederum unter beobachtenden und bera-

tenden Aspekten als große Chance: Die Zusammenarbeit auf Zeit erlaubt Nähe mit respektvollem Abstand. Zusammenarbeit auf Zeit ist nicht belastet von oft jahrelangen schulischen Leidensgeschichten. So bietet Klinikschule unter diagnostischen Aspekten einen einmaligen Rahmen: Hier befindet sich ein Kind in der Regel ca. drei Monate in intensiver Betreuung. Gerade deshalb sollten wir uns von standardisierter Einpunktdiagnostik, die jede Beratungsstelle in zwei Stunden durchführt, als auch von trivialisierender Unterrichtsdiagnostik, die in Regelschulen gewöhnlich in einer Note mündet, unterscheiden. Für Klinikschule kann es daher nicht um ein „Mehr desselben“ sondern um einen qualifizierten neuen Beitrag zur positiven Entwicklung des schulischen Selbstkonzepts der Schüler/innen gehen. So ist die Zeit des Besuchs der Klinikschule als Auszeit aus dem bisherigen (meist schwierigen) Kontext zu nutzen mit neuen Chancen des Öffnens und Annehmens von Entwicklungsimpulsen.

Klinikschule kann diese Chance allerdings nur wahrnehmen, wenn sie zwar an schulischen Alltagserfahrungen anknüpft, um strukturell zu koppeln, andererseits aber genügend anders oder auch bisweilen exotisch ist um Neues in Fluss bringen zu können. Bandura formuliert dazu den Begriff der „gemäßigten Unvertrautheit“. Ich habe die Chancen und positiven Nebenwirkungen beobachtender Diagnostik auf systemisch-konstruktivistischer Grundlage in der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern dargestellt. In der Zusammenarbeit mit Eltern, Stammschulen und Klinik ergeben sich hieraus ähnliche Effekte:

Hilfreich und wirkungsvoll für diese kooperierenden Systeme kann Klinikschule sein, wenn sie auch hier ihre Sonderrolle aktiv nutzt und einbringt. Auch hier gilt: Nicht mehr Dasselben (Note in Mathe, Wert im KABC), sondern neue beobach-

tete Unterscheidungen, die wiederum Beobachtungen verändern und damit etwas in Fluss bringen können:

Die Lernstrategien, Lernzeiten, Förderliches und Hinderliches beim Lernen für die jeweils individuelle Struktur, die am meisten förderliche Lernumwelt für den jeweiligen Schüler/Schülerin, Lerntyp, Stärken, das Profizit des Defizits, Sinnhaftigkeit auffälligen Verhaltens im jeweiligen Kontext, situative Ausnahmen von problematischem Verhalten u.s.w...

Klinikschule kann solche Unterscheidungen auch gegenüber Eltern und Stammschulen wirkungsvoll einbringen, da sie unter Beraterischem Aspekt wiederum durch die Zusammenarbeit auf Zeit eine Außenperspektive einbringen kann.

Klinikschule kann Dinge sehen und kann es sich erlauben, die die, gerade bei unseren Schülern sehr im Problemfokus involvierten Eltern und Stammschulen oft nicht sehen oder nicht sehen können. Und sie ist wiederum exotisch genug um neue Unterscheidungen einbringen zu können, ohne in irgendeine Konkurrenz zu geraten.

Besuch der Klinikschule nutzen als Auszeit für neue Entwicklungsimpulse

Auch in der sich aus beobachtender Diagnostik ergebenden Beraterischen Konsequenzen bezüglich kooperierender Systeme ist

so die „gemäßigte Unvertrautheit“, d.h. gerade nicht so zu sein wie die Stammschule kein Manko, sondern eine Chance. Vor den Risiken und unverhofft zermürbenden Nebenwirkungen im Alltagsgeschäft möchte ich mich nicht drücken:

So kennen wir aus Reaktionen von Stammschulen den verständlichen Wunsch sich nicht von Kolleginnen und Kollegen, die in einer vermeintlich luxuriösen Situation mit Kleingruppen ihr Nischendasein führen, hineinreden zu lassen. Diese tendenziell konkurrenzauflösende Situation, die oft von Eltern zusätzlich angeheizt wird, indem versucht wird, uns zu Verbündeten gegenüber der Stammschule zu machen („wir haben schon immer gesagt bei dieser Lehrerin xy“) birgt das Risiko von Blockaden, so-

fern Klinikschulen sich nicht ständig bezüglich ihrer Gesprächs- und Beratungskompetenzen (insbesondere Rollenklärung) weiterentwickeln. Um die oben dargestellten Risiken zu minimieren, hat sich auch hierbei wieder die Besinnung auf systemisch-konstruktivistische Ansätze bewährt:

Wir nehmen den Schüler/die Schülerin so wahr, das ist **unsere** Beobachtung in **unserem** Rahmen. Wir sind auch hier nicht die Besser- sondern Anderswischer in anderer Situation - was die Stammschule daraus macht, darauf können und wollen wir keinen instruktiven Einfluss haben. Gerade das macht unseren Einfluss aus.

Zum Abschluss der Reise, taktisch hoffentlich geschickt, um ihre Aufmerksamkeit noch einmal auf ein höheres Level zu steigern, möchte ich mich mit den Risiken und Nebenwirkungen bezüglich unseres direkten Kooperationspartners Klinik widmen.

Aus den Wortspielen mit den Risiken und Nebenwirkungen geht schon hervor, dass zumindest in Zeiten zunehmender Pharmakologisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen diagnostischen Paradigmen, wie ich sie eingangs versucht habe zu formulieren, aus diesem Bereich die höchsten affektiven Gegenreaktionen zu erwarten sind.

Inhaltlich besteht das Anfangsrisiko zunächst darin (wenn dies eines ist), dass ein beobachtendes diagnostisches Konzept im klinischen Rahmen ohne jeden Stellenwert bleibt und einfach nicht zur Kenntnis genommen werden könnte. Beispielsweise werden dann in den regelmäßigen Besprechungen qualitative Beobachtungen nur ungeduldig zur Kenntnis genommen. Wenn gar zwei Lehrkräfte zum gleichen Kind unterschiedliche Beobachtungen berichten, werden die Blicke noch ungeduldiger oder auch kritisch. Sobald aber Noteneinschätzungen, irgendwelche Zahlen, Testwerte (also alles, was den Anschein des Objektiven im Sinne der klinischen Konstruktion birgt) von seiten der Schule genannt werden, wird eifrig

mitnotiert, da die Relevanz dieser vermeintlich objektiven Daten für Chefvisiten wiederum sehr hoch ist. Bleiben solche Zahlen und Werte aus, kann dies ein Folgerisiko der Unzufriedenheit mit der Klinikschule zur Folge haben. Sehr schnell begibt sich dann das klinische System (zumindest nach unseren Erfahrungen) per punktuellen Tests beim Klinikpsychologen, nicht nur was Schulartfragen anbelangt, sondern auch im Bereich LRS, Rechenschwäche etc., auf schulisches Terrain.

Mit der folgenden Packungsbeilage, die man ja bezüglich Risiken und Nebenwirkungen immer lesen soll, können aus meiner Sicht die bisher erwähnten Risiken minimiert oder zumindest überschaubar gemacht werden:

- ? Nutzen sie alle Möglichkeiten im Interesse unserer Schülerinnen und Schüler, pädagogische diagnostische Konzepte im klinischen Kontext transparent zu machen.
- Stellen sie insbesondere die Bedeutung ihrer Andersartigkeit als besondere Ressource für die Klinik dar, und schließlich:
- Gehen sie bei manchmal stärker auftretenden Nebenwirkungen in die Sowohl als Auch Position - die tendenziell unterschiedlichen Ansätze sind weder besser/schlechter noch gut/böse (also auch hier gerade kein clash of cultures), sondern anders im unterschiedlichen Setting und gerade so synergiefähig.

So kann beobachtende Diagnostik nicht nur enttrivialisierend auf den Unterricht im Sinne der Forderung v. Foerstern wirken, sondern durchaus auch belebend auf kooperierende Systeme. Zusammenfassend möchte ich ermuntern, qualitativ beobachtende Diagnostik und die daraus resultierenden Beratungsaufgaben als zentrale Aufgabe von Klinikschulen zu implemen-

tieren, sich auf diesem Feld weiter zu qualifizieren und so zu einem wesentlichen Bestandteil der corporate identity einer Klinikschule zu werden.

Von ihrer strukturellen Andersartigkeit gegenüber Klinik und Stammschulen sind Klinikschulen für dieses immer wichtiger werdende Beobachtungs- und Beratungssegment geradezu prädestiniert und können mit diesem Ansatz wichtige Anregun-

zungsschwandgeres Zitat zum Abschluss. H.v. Hentig hat auch gezeichnet (Abbildung Katzen).

Treffender hätte man nochmals die unterschiedlichen diagnostischen Positionen nicht zusammenfassen können. Hier endet unsere kleine Reise durchs Land der Diagnostik. Ich hoffe, Sie erhielten einige Anregungen gemäß meiner Eingangserwartungen. Ich wünsche Ihnen viel Lust,

Spaß und Erfolg bei der Entdeckung von Milchschüsseln

Vielen Dank

Dipl. Päd. R. Wiedenbauer,
Klinikschule Freiburg

Abb. 1: Das Kind soll sagen / malen, was hier fehlt



gen gerade auch für Stammschulen liefern.

Abb. 2: Peter sagt / malt: Eine Schüssel mit Milch...

Mit einem Uvater der pädagogischen Diskussion, Hartmut



v. Hentig,
möchte ich schließen, aber keine Sorge, kein
b e d e u -



Abb. 3: ...statt: Einen Schwanz

Von Geobrett bis Rechenblock

Förderbedarf im Mathematikunterricht: Therapie vermeintlicher Teilleistungsstörungen oder Förderung mathematischer Kompetenzen?

1. „Teilleistungsstörungen“ – ein nicht geklärter Begriff

Viele Eltern, Lehrer und Psychologen gehen davon aus, bei Rechenschwäche liege beim Kind ein Defekt vor und dieser Defekt müsse therapiert werden.

Nach Graichen sind „Teilleistungsstörungen“ als „Leistungsminderungen“ einzelner Funktionen des Zentralnervensystems und der vom Zentralnervensystem abhängigen psychischen Funktionen zu sehen. „Praxie“, d. h. das sinnvolle und zielgerichtete Handeln ist gestört (Dyspraxie), z. B. im Bereich der Sprache, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung oder der räumlichen Orientierung.

Große Uneinigkeit besteht bei den Ursachen von Dyspraxie und Teilleistungsstörungen:

- ? Weinschenk und Schenck-Danzinger halten Störungen der Teilleistungen für vererbt,
- ? Lempp führt sie auf eine cerebrale Störung (MCD) zurück, verursacht durch einen organischen Defekt oder durch soziale Deprivation,
- ? Grissemann betrachtet Teilleistungsstörungen als multi-kausal verursacht.

Für den mathematischen Lernbereich werden aus neurologischer Sicht besondere Teilleistungen im Bereich der Wahrnehmung diagnostiziert:

Bei der „Figur-Grund-Wahrnehmung“ geht es darum, eingebettete oder sich überschneidende Figuren zu erkennen. Beim „Erkennen der Lage im Raum“ auf

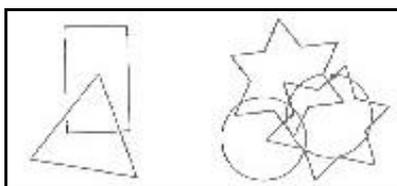


Abb. 2: „Figur-Grund-Wahrnehmung“ und „Erkennen der Lage im Raum“ (in: Milz 1995, S. 23 und 32)

der rechten Seite soll das Kind herausfinden, welche Objekte die gleiche oder eine sich von den Musterobjekten unterscheidende Lage einnehmen.

Störungen der Wahrnehmung werden in der Regel therapiert durch Wahrnehmungstraining mit inhaltsneutralen Programmen in der Annahme, dass die Verbesserung der Grundfunktionen wie Wahrnehmung und Motorik die mathematischen Lernprozesse verbessern. Besondere Lernerfolge durch Wahrnehmungstraining konnte bisher aber wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden. Wie können wir uns erklären, dass die inhaltsneutralen Übungen zur Therapie von Teilleistungsstörungen wenig wirksam sind?

Mathematik ist ein komplexes Lernfeld, das qualitativ ganz anders strukturiert ist als das inhaltsneutrale Funktionstraining der Teilleistungen. Beim Lernen der Mathematik spielen persönliche Einstellungen und Vorerfahrungen, vielfältige Handlungen und die besonderen Qualitäten der Medien und Materialien eine bedeutsame Rolle. Das entscheidende Merkmal für das Kind ist aber die Sinnhaftigkeit seiner Handlungen.

Im Mathematikunterricht der Grund- und Sonderschule werden Übungen praktiziert, die auch eine Förderung der Teilleistungen bewirken sollen. Aus der Sicht der Mathematikdidaktik sind diese Übungen allerdings fragwürdig. Sie sind zwar gut gemeint, aber wirkungslos zur Förderung mathematischen Denkens. In diesen Übungen werden Ziffern bestastet und gehüpft. Der Haupteinwand gegen solche Übungen ist, dass Ziffern und Zahlen verwechselt werden, weil die Ziffer nicht die Zahl ist, sondern nur deren Zeichen. Durch das

Nachformen einer Ziffer wird kein Zahlbegriff aufgebaut. Wer die Wahrnehmung dieser Zeichen fördert, erreicht noch nichts zur Förderung der Zahlbegriffe. Dazu muss man an mathematischen Konzepten arbeiten und auch abstraktes Denken aktivieren und aufbauen.

Fragwürdig ist auch die Anwendung der Gehirnhälftentheorie, wonach der linken Gehirnhälfte analytische und logische, der rechten Gehirnhälfte ganzheitliche, bildhafte und intuitive Funktionen zugeordnet werden:

Abb.3: Lösung von Sachaufgaben (Haberda 1999, S.82)

Auch bei diesen Aufgaben wird die Förderung mathematischer Konzepte auf der Basis realer Erfahrungen und individueller Handlungen vernachlässigt. Außerdem muss die sachliche Richtigkeit der Ge-

Die Aufgabe lautet:

3 kg Äpfel kosten 78 Schillinge / 11 DM / 10,50 sFr. Wieviel kosten 14 kg?

Die intuitive Gehirnhälfte erkennt den Zusammenhang und weiß intuitiv den Lösungsvorgang:

Vierzehn kosten wieviel?

!

Zuerst muss ich wissen, wieviel ein Kilogramm kostet.

Drei kosten soundsoviel!

Vierzehn kosten auf jeden Fall mehr.

hirnhälftentheorie und der daraus abgeleiteten Edu-Kinestetik bezweifelt werden (vgl. dazu die Stellungnahme eines Neuropädiaters in: Neuhäuser 2000, S. 73-75). Wie in den kindzentrierten Therapien werden auch hier die Lernprobleme nur am Kind festgemacht, anstatt auch die Schwierigkeiten des Lerninhalts und die konkrete Unterrichtssituation in ihrer Komplexität zu beachten.

Zu den bisherigen Ausführungen soll zusammenfassend festgehalten werden:

Durch die Konzepte „Diagnose und Therapie von Teilleistungen“ und „Edu-Kinestetik“ kann eine Rechenschwäche nicht behoben werden. Aber Übungen zur Verbesserung der Teilleistungen können gewisse Voraussetzungen für Fortschritte im Mathematikunterricht verbessern.

2. Mathematik als Handlungsfeld für eigene Konstruktionen

Mit den folgenden Thesen soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass beim Lernen die persönlichen Einstellungen und Vorerfahrungen, die vielfältigen Handlungen und die besonderen Qualitäten von Medien und Materialien eine bedeutsame Rolle spielen. Das entscheidende Merkmal ist die Sinnhaftigkeit der Lernsituation für das Kind. Sinnhaft sind Lernsituationen, die folgende, in Thesen formulierte Voraussetzungen beachten:

(1) Zahl-, Raum und Größenvorstellungen springen nicht aus der sinnlichen Erscheinung der Dinge hervor und werden auch nicht durch bloße Wahrnehmung aufgebaut, sondern durch konstruktive Handlungen vom Kind selbst entwickelt.

(2) Das Handeln mit bedeutsamen Medien, Materialien und Spielen erzeugt „Vollzugsgenüsse“, d. h. Freude, Faszination und Interesse an der Sache. Die Kinder können auch im Mathematikunterricht tasten, hören, sich bewegen, spielen und phantasieren. So erfahren sie in ihren eigenen Handlungen viele Qualitäten der Dinge. Die Förderung der Teilleistungen ist dabei eine willkommene Nebenwirkung, weil Prozesse des Wahrnehmens, der Motorik und des Denkens im Dienste sinnhafter Handlungen stehen.

(3) Mathematiklernen ist ein ständiges Hin und Her zwischen realer Erfahrungswelt und der inneren Phantasie- und Vorstellungswelt, zwischen Mathematik und Realität (Kühnel).

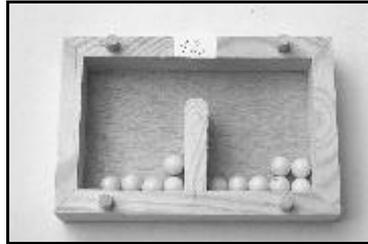
Die folgenden Bilder zeigen Beispiele für primär pädagogisch-didaktisch orientierten Mathematikunterricht, in dem die Konstruktionen der Kinder im Mittelpunkt stehen.

Aufbau operativer Zahlbegriffe:

Kinder, die nur zählend rechnen, können Zahlen nur mit der Eins bilden. Dass in die Fünf z. B. die Zwei und die Drei eingeschachtelt ist, verstehen sie nicht. Durch eigene Konstruktionen der Fünf können sie flexible, operative Zahlstrukturen entdecken und verstehen:

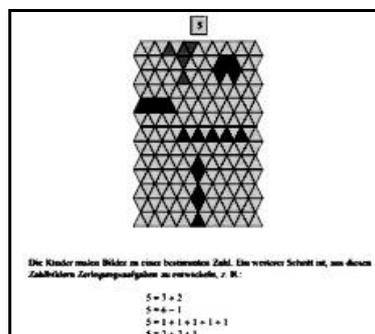
Abb. 4: Zahlzerlegungskasten und „Fünflinge“

Die Kinder erhalten kleine Würfel mit der Aufgabe, immer 5 auf unterschiedliche Weise zusammen zu kleben. Am Zahlzerlegungskasten wird eine Anzahl von Perlen nach dem Zufallsprinzip in verschiedene Teilmengen zerlegt. Das Kind er-



fährt mit beiden Arbeitsmitteln, dass es viele Variationen gibt, eine Zahl zu bilden und zu zerlegen.

Abb. 5: Dreiecksmuster



Auch in diesen Bildern kommen Zahlzerlegungen zum Vorschein, weil je nach Struktur der Zeichnung verschiedene Teilmengen der Zahl 5 hervorgehoben werden.



Abb.6: Rechenblöcke

Die Rechenblöcke haben eine Zehnerstruktur und die Zehner sind in zwei Fünfer gegliedert. Diese Strukturierung macht das Zählen weitgehend überflüssig. Die Kinder können 10 und die 5 durch die Struktur des Rechenblocks simultan erfassen und von diesen „Ankerbegriffen“ aus die benachbarten Zahlen bilden bzw. erkennen. Mit weiteren Rechenblöcken kann die dekadische Struktur des Zahlenraumes bis 100 durchsichtig gemacht werden (vgl. Krauthausen 1995, S. 87-108).

Geometrie als *konstruktives* Handlungsfeld

Das Geobrett unten hat auf dem Außenkreis 60 Nägel. Auf diesem Kreis sind viele arithmetische Entdeckungen zu machen: Wieviel Nägel hat der halbe (viertel, drei viertel) Kreis? Wie kann man eine bestimmte Anzahl von Nägeln auf dem Kreis so einstecken, dass der Abstand gleich ist? Welche Mengen von Nägeln kann man nicht gleichmäßig verteilen?

An den Geobrettern können viele Lerninhalte handlungsorientiert erarbeitet werden: die Konstruktion von Figuren, Symmetrien, Winkeln, Bruchwerten, Prozentwerten u. v. a.:



Abb.8: Konstruieren am runden Geobrett

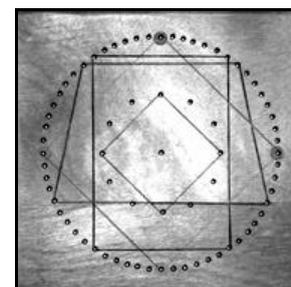


Abb.9: Figuren am Geobrett

Mit dem folgenden Raummodell haben die Kinder viele Möglichkeiten, Raumstrukturen zu entdecken und zu konstruieren, z. B. Wohnungen. Sie bauen die Zwischenwände aus Wellpappe, verwenden als Möbel kleine Schachteln u. a. Gegenstände. Weiterführende Arbeiten und Überlegungen können sein:

- ? Das dreidimensionale Modell auf einem Geobrett nach spannen und/oder einen Grundriss zeichnen.
- ? Orientierungsübungen und kritische Bewertungen (wie sind z. B. die Größenverhältnisse zwischen Wohnzimmer und Küche, zwischen Kinderzimmer und Elternschlafzimmer?)
- ? Vergleich der konstruierten Wohnung mit Wohnungsanzeigen aus der Tageszeitung (Suchanzeigen Angebote).

Abb.10: Konstruieren am



Raummodell

Die Raumecke besteht aus einem halboffenen Plexiglaswürfel und Körpern unterschiedlichen Volumens. Die großen Körper sind ein Vielfaches der kleinsten Körper (Würfel mit 25 mm Seitenlänge). Mit diesem Körpersystem lassen sich viele geometrische und arithmetische Aufgaben entwickeln und Erfindungen und Entdeckungen machen, z. B.:

- ? Freies Bauen (z. B. Häuser, Türme, Mauern, Brücken, Muster bauen)
- ? Größenverhältnisse entdecken (z. B.: Wie oft sind die kleinsten Würfel in den größeren Körpern enthalten? Welche Möglichkeiten gibt es, die Raumecke mit den verschiedenen Körpern auszulegen?)
- ? Volumenberechnung einführen

Sachrechnen als Feld für *Erkundungen und Experimente*

Im Sachrechnen zeigen sich zwei Entwicklungen, die den Kindern das erfolgreiche Lernen erschweren:

Dominanz der Aufgabenmathematik: Die Aufgaben werden in Schulbüchern meist als Textaufgaben präsentiert, sind künstlich und haben mit den Alltagserfahrungen der Kinder wenig zu tun. Im Lesen wenig geübte Kinder mit geringen Sachverfahrungen verstehen diese Aufgaben nicht und können sie deshalb auch nicht lösen. Durch Misserfolge werden sie entmutigt und am Sachrechnen desinteressiert. Sie haben Schwierigkeiten, die oft als „Rechenschwäche“ ausgelegt werden.

Dominanz fertiger Systeme: Im Sachrechnen wird zu früh und zu schnell mit fertigen Systemen gearbeitet: mit genormten Waagen und Gewichten, mit Maßstäben und mit den genormten Längenmaßen, mit Uhren und mit fertigen Uhrmodellen und mit den üblichen Zeitmaßen. Der Einsieg in die Größen erfolgt von oben, vom fertigen System und nicht von unten, von der problemhaltigen Sachsituation her, in der das Messen von Größen und das Maßsystem experimentell nacherfunden werden kann. Die Kinder können den Isochronismus als Voraussetzung der Zeitmessung selbst entdecken. Mit verschiedenen Dingen experimentieren sie und stellen durch Vergleich mit der Uhr im Klassenzimmer fest: Die Bewegungen dauern bei Wiederholung gleich lang:

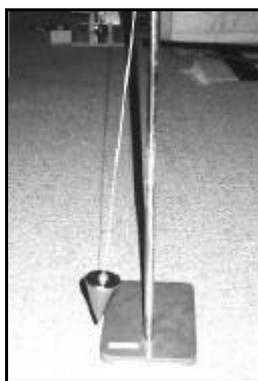
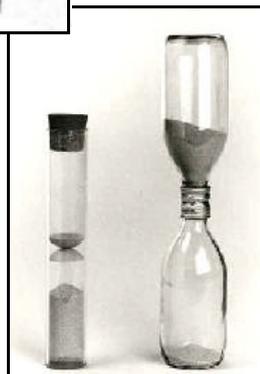


Abb.13: Sekundenpendel und Miutensanduhr

Abb.14: Wasseruhr erfinden

Mit diesen Uhren sollten die Zei t m a ß e



„Sekunde“ und „Minute“ nacherfunden werden.

Es ist Aufgabe des Lehrers, für den aktiv-entdeckenden Unterricht eine anregende, aber strukturierte Lernsituation anzubieten, die zum Probieren, Vermuten und Fragen ermutigt. Aufgabe des Lehrers ist demnach nicht in erster Linie die Vermittlung möglichst vieler Informationen, sondern die Organisation einer Lernsituation und die Hilfe zur der Selbsttätigkeit der Kinder.

Mit Hilfe einer einfachen Waage können die Kinder viele Entdeckungen und Erfahrungen machen zur mathematischen Größe „Gewicht“. Sie entdecken Relationen („... ist schwerer/leichter als...“, „... ist gleich schwer...“), die Invarianz des Gewichts (z. B. bei einer Knetmasse: Das Gewicht ist unabhängig von der Farbe und Form des Knets). Sie machen Erfahrungen zur Arithmetik (Gewichtssteine auszählen und die Wertigkeit der einzelnen Gewichte und deren Gesamtgewicht bestimmen).

Bei der folgenden Übung wird ein Gewichtssystem mit dekadischer Struktur entwickelt. Mit dessen Hilfe kann auch das Bündeln und Entbündeln von Zehnern und Hundertern verständlich werden:

Abb.15: Selbst entwickeltes Gewichtssystem mit Steinen



faltung von Können statt einer „Reparatur“ von Defekten. Das setzt eine Weitung des diagnostischen Blicks“ der Lehrerinnen und Lehrer voraus. Die „feststellende Diagnos-

tik“ muss zu einer „verstehenden Diagnostik“ weiter entwickelt werden.

? In erster Linie sollte man auf die Interessen, das Wollen und Können der Kinder setzen, statt nach Defekten zu suchen.

? Helfen und Fördern gelingt auch durch Herausforderungen. Wenn man mit herausfordernden Problemstellungen und Materialangeboten dem aktuellen Entwicklungsstand vorausgeht,

schafft man für die Kinder neue Anreize.

? Der Mathematikunterricht ist auch für persönliche Erfahrungen und für eigene Entdeckungen und Lösungen zu öffnen.

? Die „Mathe-Werkstatt“ ist eine Konsequenz dieser Leitlinien. Die Werkstatt schafft einen Rahmen für handlungsorientiertes Lernen.

? Entmutigte Kinder können nicht ler-

nen. Deshalb brauchen sie *Ermutigung*, z. B. durch Erfolgserlebnisse und individuelle Leistungsbeurteilung.

Prof. Dr. Werner Nestle

Zitierte Literatur

Breitenbach, Erwin: Auf neuen Pfaden zu alten (sonder-)pädagogischen Prinzipien. Neuropsychologische Aspekte von lernen und Lernstörungen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. H. 10, 1996, S. 408-419

Dietel, Bernd/Kassel, Hildegard: Diagnostik von Teilleistungsstörungen. Neuropsychologisch-psycholinguistisch orientierte Diagnose und Therapie von Lese-Rechtschreibschwächen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. H. 5, 1993, S. 297-316

Haberda, Brigitte: Rechnen – keine Hexerei. Wie Kinder spielend rechnen lernen & was Eltern darüber wissen sollten. Kirchzarten 1999

Klauer, Karl Josef (Hrsg.): Mathematik Mittelstufe – Länderausgabe SW. Berlin 1998

Krauthausen, Günter: Die „Kraft der Fünf“ und das denkende Rechnen. In: Müller, Gerhard/Wittmann, Erich Ch. (Hrsg.): Mit Kindern rechnen. Frankfurt 1995, S. 87-108

Milz, Ingeborg: Rechenschwäche erkennen und behandeln. Teilleistungsstörungen im mathematischen Denken. 3. Aufl., Dortmund 1995

Nestle, Werner: Schwierigkeiten im Mathematikunterricht. Projekt zur Lehrerfortbildung. Konzeption – Ergebnisse – Empfehlungen. Reutlingen 2000

Nestle, Werner: Auf die Beziehung kommt es an. Rechnen in Zusammenhängen. In: Lernchancen. H. 7, 1999, S. 48-54

Nestle, Werner: Unterricht und/oder Therapie bei Rechenschwäche? In: Pädagogische Impulse. H. 4, 2000, S. 143-151

Neuhäuser, Gerhard: Das Beispiel Kinesiologie und Edu-Kinestetik: Stellungnahme eines Neuropädiaters. In: Voß, Reinhard: Verhaltensauffällige Kinder in Schule und Familie. Neue Lösungen oder alte Rezepte? Neuwied 2000, S. 73-75

vom Hofe, Rudolf: Grundvorstellungen mathematischer Inhalte. Heidelberg/Berlin/Oxford 1995

Zwack-Stier, Charlotte/Börner, Anne: Kritik am Konzept der so genannten Teilleistungsstörungen – dargestellt an den Lernprozessen in den Bereichen Schriftsprache und Mathematik. In: Eberwein, Hans/Knauer, Sabine (Hrsg.): Handbuch Lernprozesse verstehen. Weinheim und Basel, S.219-234

Kinder im Spannungsfeld

Konflikte als Folge von Systemüberschneidungen zwischen therapeutisch-medizinalen und erzieherisch-pädagogischen Ansprüchen

Die Krankenpädagogik befindet sich ideell und strukturell im Überschneidungsbereich zweier Systeme: Als *geistes- und sozialwissenschaftlich orientierte Pädagogik* wirkt sie im Feld einer *naturwissenschaftlich fundierten Medizin*, was systemische Spannungen zur Folge hat. Diese können sich bei Nichtbeachtung personalisieren und zu zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen Anlass geben. Dass es sich dabei hintergründig um systemische Probleme handelt, zeigt sich oft daran, dass die Anlässe einer proportional zur Heftigkeit der Auseinandersetzungen verständlichen Gewichtigkeit entbehren. Die aufgestaute innerbetriebliche Spannung sucht sich gewissermaßen einen Blitzableiter und findet ihn prompt in irgend einer Banalität, die dies, falls nicht Ursache, sondern lediglich Auslöser ist.

Pädagogik, für die intersubjektive Austauschprozesse konstitutiv ist, wirkt auf der Folie eines sog. *Sozialwissenschaftlichen Modells*. Dieses ist charakterisiert durch folgende Punkte:

? Zirkuläre Beziehungsmuster, die Personen miteinander verbinden. Ursachen und

Wirkungen (treffender: Intentionen und Interpretationen) gehen kreisförmig ineinander über

? Die „Objekte“ der Pädagogik sind Subjekte; „Gegenstand“ der Pädagogik sind personal und sozial als bedeutsam und im buchstäblichen Sinne „inter-essent“ (=dazwischen seiend) geltende Thematika

? Die Vorstellung der integralen Ganzheitlichkeit im subjektiven Erleben der Person. Diese widerspiegelt sich auch in (patho-logischen) Organfunktionen, ist darin enthalten (es ist nicht einfach ein Zahn, sondern *mein* Zahn, welcher entzündet ist. *Mich* als Person plagen die Schmerzen und *ich*, nicht der Zahn, fürchte mich vor dem Zahnarztbesuch)

? In der Pädagogik dreht sich somit alles um Personen, nicht um Sachverhalte: es sei denn erneut in deren Bezügen zu Per-

sonen. Und so beschäftigt sich auch Krankenpädagogik primär mit der *Person* des Kranken und nicht oder höchstens indirekt mit der Krankheit. Ihr Thema ist das ganze subjektive Drum und Dran eines Krankheitsstatus, das für die Medizin andererseits (oft genug störende, lästige) Begleiterscheinung ist.

Das aus der seit dem 19./20. Jh. erfolgreichen Bekämpfung von Infektionskrankheiten abgeleitete Paradigma (denk- und handlungsleitendes, „beispielhaftes“ Muster) des seit den siebziger Jahren so genannten kausal-linearen *Medizinischen Modells* (Kobi, E. E., 1979) beruht demgegenüber auf folgenden Voraussetzungen:

? Das primäre Interesse richtet sich auf das Krankheitsgeschehen

? Krankheiten sind grundsätzlich naturwissenschaftlich erklärbar und objektivierbar, d.h. von der Person abzusetzen

? Krankheiten unterliegen einem immanenten Kausalitätsprinzip, woraus sich die Erfordernis korrespondierender Kausal-Therapien ergibt: Differenzialdiagnostisch präzise Symptomerfassung – zugehörigen Erreger ausfindig machen – spezifische Erregerbekämpfung mit möglichst wenig (Da-) Nebenwirkungen - Bestätigung der Heilung in der Symptombefreiung

? Krankheit als etwas letztlich Naturhaftes und Organisches mit Schicksal, Lebensaufgabe, Prüfung, Heilsweg, Karma.... und ähnlichen Spiritualismen in Verbindung zu bringen, ist unwissenschaftlich, irrational, mystizistisch.... und daher systemimmanent abzuweisen, in allfälligen Konkurrenzsituationen auch zu bekämpfen.

Diesem Paradigma verdankt / verdanken das Medizinalsystem zweifellos zahlreiche behandelungstechnische Erfolge, die Spitäler und Kliniken ihre gigantischen Ausbaustandards, die den Pomp der Sakralbauten früherer Epochen längst hinter sich ließen und last but not least die Ärzteschaft ihren beispiellosen sozialen, pekuniären und politischen Aufstieg aus dem einst verachteten Stand der Barbieri,

Feldscherer und Salbader in die oberen und obersten Etagen der Gesellschaftspyramide. Das Medizinalsystem hat, zumal in Verbindung mit der pharmazeutischen Industrie, der Medizinaltechnologie sowie zum Teil auch unter dem Applaus einer exzessiven Wohlfahrtspolitik eine Eigendynamik entwickelt, der die nationalen

Gesundheitspolitiken gegenwärtig kaum mehr gewachsen sind (Geister, die man selber rief, sind bekanntlich am schwierigsten zu bannen!).

Auch damit wechselnd kollaborierende/konkurrierende Systeme - Justiz, Wirtschaft, Armee, Kirche oder eben das Bildungs-System- können dem längst international vernetzten Medizinalapparat ebenfalls nur teilbereichlich parit bieten: Die Kirchen büßten in abendländischen Kulturen ihre Rolle als Definitions- und Realitätsbestimmungsmacht weitgehend ein (und damit indirekt auch deren jahrhundertelange ‚ancilla‘, die Schule). Justiz und Armee sind (wesens-mässig vielleicht bleibend?) national beschränkt, so dass derzeit praktisch nur die Ökonomie (in wechselnden Verbindungen mit nationaler Justiz) als ernst zu nehmende Begrenzerinnen und „Moderatorinnen“ in Betracht fallen (vgl. die Prozesslawinen zwischen Medizinal- und Justizsystem in den USA). Es sei denn, das System ginge in seinem sauerhaften Gigantismus dermaleinst an sich selbst zu Grunde und z e r f i e l e i n e i n e n „alternativen“, möglicherweise aber auch sich selbst zerfleischenden Partikularismus, wie er sich randlich da und dort anzeigt.

Das Medizinalsystem präsentiert sich in unsern kulturellen Breitengraden – gesellschaftlich mehrheitlich, wenngleich nicht ganz klaglos akzeptiert - gemäß einem Tableau, das Definitions- und Realitätsbestimmungsmacht in allen Lebensbereichen beansprucht (Kobi, E.E., 1993, 221). Angriffe auf dieses System, oft allein schon In-Frage-stellungen, werden, je nach vermuteter Potenz des Gegners, entweder ignoriert, bekämpft und nieder gewalzt - oder aber vereinnahmt. So z.B.

Subjektives Drum und Dran ist für Medizin Begleiterscheinung

Pädagogik wirkt auf der Folie eines Sozialwissenschaftlichen Modells

was alternative Heilmethoden aber auch Psychologie, Seelsorge, Pädagogik anbetrifft. D.h. das Medizinalsystem beschafft und besorgt sich passende Funktionsträger in eigener Regie und involviert sich auch immer wieder in systemkonformer Ausbildung für nicht medizinale Berufe (Ramb, W., 1995).

Es ist nun allerdings nicht so, dass sich das Medizinalsystem diese omnipotente und omnisciente Stellung in schierer Selbstherrlichkeit einfach anmaßt; es wurde und wird im Gegenteil durch gesellschaftspolitische Entwicklungen auch dazu gedrängt, was verschiedentlich seine ärztlichen Vertreter in praxi selbst durch überspannte Erwartungen in Bedrängnis bringt. Die systeminternen Spannungen sind denn auch beträchtlich. Das epochale, massenmedial kaum zu befriedigende Krankheits- bzw. Gesundheitsinteresse ist überdies – zumal in Verbindung mit dem Unterhaltungsbedürfnis – enorm und wird (in Ratgebern beispielsweise) höchstens noch von Fragen um günstigste Geldanlagen und Schnäppchenjagden erreicht.

Die geschilderten Strukturverhältnisse stehen in enger Verbindung mit Bedeutung, Gewichtung und Wertung von Krankheit/Kranksein in der heutigen Gesellschaft.

Der epochal geläufige Krankheitsbegriff ist kontingent, d.h. mehrere Möglichkeiten bzw. Auslegungsweisen enthaltend:

? Der *Objektive Krankheitsbegriff* richtet sich aus nach organisch/funktionell feststellbaren Mängeln und Defekten im chemo-physischen Apparat des Organismus. Er ist, wie vorerwähnt, zentral für die naturwissenschaftlich orientierte Medizin. In dieser Perspektive sind denn auch die therapeutischen Besorgungen mit Messer, Strahl und Chemie – gemäß Medizinischem Modell – defektspezifisch reparativ

? Der *Subjektive Krankheitsbegriff* nimmt Bezug auf das mit einer (objektivierbaren) Krankheit, allenfalls auch mit einer Therapie, verbundene Leiden, zunehmend aber auch auf „frei flottierende“, diffuse Unbehaglichkeit, die oft nicht in einem ("klassischen") pathologischen Kontext zu orten ist. Er orientiert sich jedenfalls an der subjektiven Befindlichkeit der Person und deren Auskünften hierüber. Die Therapie ist entsprechend auf Wohlbefinden gerichtet, stimmungsaufhellend, lindern, mildern. Es ist ein Bereich, in welchem sich in den letzten Dezennien auch der Wachstumsmarkt der

Wellness-Kultur und der life-style-Pflege etablierte

? Der *Sozial-kommunikative Krankheitsbegriff* schließlich orientiert sich an verminderten Austausch- und Produktionsprozessen zwischen Person und Umwelt, die sich einerseits niederschlagen können in einem Verlust von Ich-Funktionen (Essen, Körperpflege, Suchtverhalten usw.) andererseits in gesellschaftlich missliebigen Leistungsminderungen. Die Therapie ist entsprechend kommunikationsfördernd, mediativ auf Ausgleich und Entspannung von Missverhältnissen zwischen (in diesem Sinne sozial) kranken Menschen und ihrer Um- und Mitwelt gerichtet. In dieser Perspektive etablierte sich in jüngster Zeit seinerseits ein ebenfalls dynamischer Markt für Lebenshilfen (im weitesten Sinne des Wortes), die von Psychotherapien und Beratungen (verschiedenster Couleur und Ausrichtung) über Selbsthilfegruppen, Opferhilfen, Sozialarbeit etc. ohne feste (und darum umstrittene!) Grenzen bis hinein in Esoterik und vielfältige Sinnbewirtschaftungsveranstaltungen (religiöser, para- und pseudoreligiöser Art) reichen. Das vielstimmige unisono-Credo hier: „Wer heilt (oder auch nur „entspannt“) hat Recht!“ – egal wie „verrückt“ die Kausalattributionen aus „seriös wissenschaftlicher“ Sicht erscheinen mögen.

Damit bewegen sich die lebenspraktischen Verhältnisse insgesamt freilich im Rahmen, den die WHO schon vor Jahrzehnten mit ihrer Definition eines geradezu paradisiatisch anmutenden Gesundheitsbegriffs vorgab, indem dieser nicht bloß Abwesenheit von Krankheit, sondern vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfaßt postuliert.

Wir begegnen in praxi somit einem Krankheitsbegriff in folgender *Perspektivenüberblendung*:

Objektiver, Subjektiver und Sozial-Kommunikativer Krankheitsbegriff

? Naturwissenschaftlich bedeutet Krankheit eine signifikante Abweichung von einem als normal und wünschenswert geltenden Durchschnitt, überdies objektiv nachweisbar

? Psychologisch bedeutet Kranksein nachhaltiges Missempfinden, persönliches Leiden und zwar auch ohne somatischen Befund

? Soziologisch bezeichnet Kranksein ei-

nen Status, der Betroffene sozial figuriert und ihnen in der Folge Privilegien und / oder Sanktionen einbringt. Als „krank“ anerkannte Personen haben Anrechte (auf Behandlung, Schonung, Zuwendung, Leistungsminderung, Schuldbefreiung, Dispensationen, u.U. auch auf gewisse Verhaltensaberrationen). Derartige Privilegien gelten in unserer Kultur als moralisch geboten, so dass der Krankheitsstatus zu einem bedeutenden sozialen „Safe place“ werden kann.

? Spirituell ist Krankheit Schicksal, Ausdruck göttlichen Willens und je nach Interpretation Strafe, Prüfung, Aufgabe.

Krankheitsstatus als sozialer „Safe Place“

An die Stelle derartiger transzendentaler Sinndeutungen traten neuzeitig allerdings vermehrt symbolistische Interpretationen, in denen das Krankheitsgeschehen eine

Art ‚Körpersprache‘ darstellt, womit sich der Leib Gehör verschafft und sich die Person in selbstreferenzieller Weise existenziell bedeutsame Botschaften übermittelt („Geh aus mein Herz und suche ‚Freud‘!“).

Die Krankenpädagogik hat also davon auszugehen, dass ‚Krankheit‘, (desgl. Leiden, Beschränkung...) in unserer Gesellschaft ambivalent und kontingent wahrgenommen wird. Sie ist als „Störfall“ zwar etwas per se Negatives, das vernünftige Lebenspläne stört, mitunter sogar zerstört. Krankheit ist Un-Sinn, der auf allen Ebenen zu vermeiden und zu bekämpfen ist. Zugleich ist Krankheit in unserer Leistungs- und Produktionsgesellschaft aber praktisch noch die letzte legitime und sozietär anerkannte Möglichkeit, aus der sie active „aus-zusteigen“, sich zu „entnormen“, zu verweigern. Dies freilich unter der Bedingung, dass man sich Mühe gibt, bald wieder gesund zu werden. (Die an den Kranken ergehende „Leistungserwartung“ ist das Gesundwerden). Krankheit als Inbegriff des Unsinnigen und Überflüssigen hat somit dann doch wieder so etwas wie einen „unsinnigen Sinn“. Sinn- bzw. Unsinnstiftung wird letztlich allerdings vom betroffenen Subjekt vorgenommen; Sinnggebung ist nicht transferierbar vom „Für mich“ zum „Für Dich“.

Auf diesem kreuzweise dilemmatischen psychosozialen Feld siedelt Krankenpädagogik. Der Krankenpädagogin verbleibt somit als grundsätzliche Aufgabe, das individuelle Krankheitserleben eines Kindes innerhalb eines befremdlich sterilisierenden Kontext‘, (der erlebnismässig

nicht selten belastender ist als die Krankheit selbst), „wesentlich“ zu gestalten: in und durch Situationen, wo der kindliche Patient als *Kind*-,wesen“, d.h. seinem Wesen (und nicht nur krankheits- und therapiegemäss!) leben kann.

Da ist *Pädagogik* und, als eine institutionalisierte Praxisvariante hiervon, die (Krankenhaus-) *Schule* gefordert.

Schulischer Unterricht gehörte – neben allgemeiner Beschäftigung/Unterhaltung, wie sie bereits von den sog. „Hallenmüttern“ in den Sanatorien des 19. Jh. geboten wurden – schon in der historischen Perspektive zu den zentralen Obliegenheiten der Krankenpädagogik. Dies vor allem im Zusammenhang mit länger dauernden Krankheits- und Rekonvaleszenzzuständen, wie sie noch bis weit ins 20. Jh. hinein häufiger waren.

Bedeutung und Zielsetzung schulischen Unterrichts liegen nach wie vor auf einer sachlichen und auf einer personalen Ebene: Zum einen geht es darum, dem einzelnen Kind den schulischen Anschluss in seiner Herkunftsschule sicher zu stellen, sowie schulische Motivations- und Strukturelemente aktiv zu erhalten. Zum zweiten ist zu beachten, dass „Schule“ innerhalb des extraordinären Klinikbetriebes ein wesentliches Normalisierungselement darstellt. „Schule“ als bedeutendster Sozialraum nach der Familie, ist dem Kind vertraut, und die „zivilisiert“ in Erscheinung tretende Lehrkraft Repräsentant der gesunden/normalen Alltagswelt „dort draußen“. Diese Tatsache, die *Schmitt, F.* (1999) zu Recht ins Zentrum seiner Apologie der Krankenhausschule stellt, verliert nicht einmal gegenüber dem sterbenden Kind an Bedeutung. In derartigen Grenzsituationen mag zwar die Frage auftauchen, ob es denn überhaupt noch Sinn mache, etwas zu lernen im Angesicht des Todes und ob man ein todgeweihtes Kind nicht einfach seinen Wünschen und Gelüsten überlassen sollte (gemäß dem amerikanischen „Christmas in July“-Konzept)? – Selbstverständlich wird man einen elend darniederliegenden Menschen weder mit Bildungsbemühungen noch mit ergotherapeutischem Aktivismus in Form von Zwangsbasteln drangsaliieren. Durch Mitleid und Sinnentleerung bedingte oder gar rein pragmatisch begründete „Dispensationen“ können jedoch auch als soziale Distanzierung empfunden werden und eine zusätzliche Anomie (Entnormung), eine Entlassung aus

Schule als bedeutendster Sozialraum nach Familie ist dem Kind vertraut

dem Alltag, bewirken. (Dasselbe gilt für erwachsene Patienten in Endstadien, die vor dem physischen oft einen sozialen Tod erleiden müssen). Wesentlich ist daher nicht nur das Produkt, nicht bloß der „Gebrauchswert“ des Lernens, sondern dessen Prozess. Unterricht, Lernen/Lehren bedeutet stets auch Teilhabe, mit dazu Gehören: Integration.

Was die Spezifika von „Schulung im Krankenhaus“ anbetrifft, sind vor allem folgende Punkte von Belang:

(1) Sie ist zunächst einmal abhängig vom jeweiligen Organisationstypus. Es können deren vier unterschieden werden:

? Klinikeigenes Pflegepersonal übernimmt vereinzelte pädagogische Aufträge. Es handelt sich dabei um konzeptionslose, einzelfallbezogene ad hoc Besorgungen, wie sie in kleineren Spitätern üblich sind. Unterrichtsdispensationen werden nötigenfalls ‚großzügig‘ durch das Medizinalsystem selbst ausgesprochen und sind von den Schulbehörden „entsprechend“ zu akzeptieren

? Ambulantes Bed-side-Teaching nach dem Hauslehrer-System. Spitalinterne Wanderlehrerinnen werden direkt durch die Spitaldirektion angeheuert: oft zu privaten (d.h. nicht schulrechtlichen) Bedingungen (was z.B. Gehalts- und Urlaubsansprüche anbetrifft). Einzel-, allenfalls Kleingruppenunterricht ist die Regel. Oft besteht keine geregelte Verbindung zum Bildungssystem und muss daher von den betreffenden Lehrerinnen selbst hergestellt werden (btr. Lehrmittel- und Materialbezug, Lehrpläne, Zugang zu Beratungsorganen etc.). Gelegentlich sind auch die Unterstellungsverhältnisse unklar und frei flottierend.

Zu meiner Zeit war z.B. am Basler Kinderspital die Hausbeamtin administrativ zuständig für das in der gegebenen Hierarchie nicht unuerzwingende Lehrpersonal, später der Chefarzt Orthopädie; mittlerweile ist es der Psychiater

Dieses System war/ist z.B. in der Schweiz weitum üblich, da die Kliniken und deren Einzugsgebiete zu klein sind, um eigene Schulen unterhalten zu können.

Je nach Klinik und Kanton unterschiedlich weit gediehen sind in den letzten Jahren definierte Bezüge zum Bildungssystem, (wobei dieses manchmal leider auch seinerseits wenig Interesse zeigt für die

Belange der Spitallehrerschaft, so dass letztere dann, zwar nicht systematisch, aber systemisch verloren zu gehen droht)

? Selbständige Schulkomplexe mit eigenen Verwaltungsstrukturen. Diese setzen allerdings, wie erwähnt, eine gewisse Größe der Kinderklinik und deren Patientenzahlen voraus. Sie sind mir vor allem aus der BRD bekannt

? Organisationsformen, in denen das (heil-) pädagogische Personal nicht ausschließlich unterrichtliche, sondern auch erziehungs- und sozialberaterische, mediatorische, psychagogische (z.B. psychische Operationsvorbereitungen), psychohygienische, erwachsenenbildnerische, informatorische und z.T. auch gewisse administrative Funktionen wahrnimmt (Bibliotheksbetreuung; Or-

Unterricht, Lernen, Lehren bedeutet immer auch Integration

ganisation von Kinderfesten, Lagern, kindgemässe Raumausstattung, redaktionelle Arbeiten u.ä.). In den siebziger Jahren sind vor allem in skandinavischen Staaten und in den

Niederlanden (mit spitalinternen sog. Operatrici-nen) Anstrengungen in dieser Richtung unternommen worden; wie weit und ob sie mittlerweile überhaupt gediehen sind, entzieht ich meiner aktuellen Kenntnis.

Nach meinem subjektiven Eindruck hat die Krankenhauspädagogik im Schatten des öko-médico-technokratischen Fortschritts in den vergangenen zwanzig Jahren insgesamt eher Rückschritte hinnehmen müssen. Die Ausführungen von *Schmitt, F.* (1999) haben mich darin bestärkt: Dieselben Fragen und Probleme waren bereits vor einem halben Jahrhundert aktuell. Unsere seinerzeitigen Hoffnungen der 60er Jahre auf die (damals) junge Ärzteschaft, die sich u.a. im Zuge der sog. „Antipsychiatrie“ vom tradierten Kasernenkonzept (*Foucault, M.*, 1991; 1994) im Stil von *Sauerbruch & Co.* zu verabschieden versprach, haben sich strukturell kaum erfüllt. Und was seinerzeit auf soften Turnschuhen einherging, hat mittlerweile offenbar auch wieder in Stiefeln Tritt gefasst..... Nach wie vor ist die Krankenpädagogik auf den „Kleinen Grenzverkehr“ (*Kobi, E.E.*, 1979) mit netten, aufgeschlossenen Ober- und Chefärzten angewiesen, die ihr aus wohlwollendem Verständnis ein Nischendasein bestätigen.

(2) Unterricht und Beschäftigung kindlicher Patienten ist vor allem bei Langzeitaufenthalten aktuell; die Krankenpädagogik hatte denn auch in Kindersanatorien,

Infektionsabteilungen sowie in der Orthopädie ihre entstehungsgeschichtlichen Wurzeln.- Zwischenzeitlich haben sich auch in den Kinderkliniken die Aufenthaltszeiten der Patienten (auch des Personals, wenngleich aus andern Gründen!) drastisch verkürzt. Etliche Krankheiten, die früher Langzeitaufenthalte erforderten, (wie Epilepsie, Asthma z.B.), werden heutzutage mehrheitlich ambulant behandelt, andere sind praktisch verschwunden oder selten geworden (wie Poliomyelitis oder Tuberkulose). Behinderte (z.B. schwer-/mehrfach geistigbehinderte) Kinder wurden in heilpädagogische Institutionen ausgelagert und sind ohne aktuelle medizinische Indikation kaum mehr in sog. Oligophrenenstationen anzutreffen.- Generell ist somit festzustellen, dass der sich subjektiv beschwerdefrei führende, gelangweilte, deprivationsgefährdete Patient heutzutage zahlenmäßig nicht mehr dominant in Erscheinung tritt. Bei Kurzaufenthalten ist es andererseits, auch in Anbetracht der ausgeweiteten Besuchszeiten, eine Ermessensfrage, wann sich eine Beschulung lohnt.- Durch die erhöhte Fluktuationsrate und die breite Heterogenität des Patientengutes ist zweifellos auch der pädagogische Einsatz im modernen Klinikbetrieb hektischer, sind die Beziehungswechsel häufiger geworden und die Anforderungen an didaktische und methodische Flexibilität gestiegen. Dies ist denn auch ein entscheidender Grund, weshalb ich mir so etwas wie eine umfassende Theorie und Didaktik ‚der‘ Krankenpädagogik -wie *Schmitt, F.* (1999) sie vermisst- kaum vorzustellen vermag. Vielleicht gibt es ja nicht einmal die Kranken(haus)pädagogik (?), sondern nur „Pädagogik in Variationen“ unter wechselnden klinischen Umständen ?- Die Lehrkraft im Krankenhaus muss, wie kaum eine andere, sämtliche didaktisch-methodischen Register beherrschen und von *ihrem*, persönlich verkörperten pädagogischen Grundanliegen aus über ein enormes Improvisationsgeschick verfügen. (So, wie eben Glaubensbrüder und -schwestern in der Diaspora besonders fest in ihrem Glauben und in gegenseitiger Verbundenheit zu stehen haben, wenn sie damit überleben wollen).

(3) Soweit nicht, wie in Grosskliniken, vom Medizinalbetrieb strukturell mehr oder weniger abgesetzte, mehrklassig-verschiedenstufige Schulen aufgebaut werden können und Pädagogik ‚mangels

Masse‘ nur als eine Art ‚Infiltrat‘ existieren kann, wird deren Diaspora-Position besonders deutlich:

Pädagogische Betreuung ist auch in naturwissenschaftlich-technisch fortschrittlichen Medizinalbereichen weit davon entfernt, als Notwendigkeit, geschweige denn als Selbstverständlichkeit zu gelten. Pädagogische Arbeit stößt im Medizinalbereich -auch ein halbes Jahrhundert nach dem seinerzeit berühmten ‚Platt-Report‘ (London, 1958) auf Ignoranz, Arroganz, zu oft sogar auf offene Ablehnung. Die Psychologie, zumal wenn sie sich als „klinische“ ausweist und mit therapeutischem Gestus auftritt, hat diesbezüglich weniger Akzeptanzprobleme, zumal die genannten Zweige sich neuzeitlich auch eine quasinaturwissenschaftliche Denkfolie unterlegten.

(4) Akzeptiert, toleriert, auch geschätzt werden zwar einzelne, konkrete *Personen* aus dem pädagogischen Team, (zumal wenn sich diese optimal einordnen und gelegentlich auch als troubles-shooters verwenden lassen), nicht jedoch ‚anstößige‘ pädagogische Konzepte und Intentionen als solche. Die Haltung der

Klinik gegenüber pädagogischen Ansprüchen wird dadurch (meist un-) ausgesprochen ambivalent: Einesteils wäre man lieber unter sich im geläufigen (patho-)logischen Muster, fühlt sich zugleich aber durch aussersystemische Einflüsse (der Kinder, deren Eltern und Besucher) gestört und möchte diese mit möglichst wenig Aufwand entsorgt haben. Die Pädagogin sollte also möglichst etwas machen, das nichts macht, und sie soll da sein, als gäbe es sie nicht.-

Dies betrifft z.B. auch die Beschäftigung mit Kleinkindern: Diese soll eine quasimedizinale „Indikation“ (z.B. in Form einer sog. „Spitalreaktion“) haben, keinen Schmutz (definiert als „Materie am unerwünschten Ort“) erzeugen, keine Unordnung verursachen, geräuscharm sein, keinen Bewegungsaufwand erfordern, keinen Material- und Kostenaufwand beanspruchen, nicht raumgreifend (am besten „klinisch“, d.h. „im Bett“ stationiert) sein, möglichst rasch abserviert werden können (vor allem: „When the Saints are marching in!“).

(5) Einen speziellen Spezialfall stellen

Schulabteilungen in Kinderpsychiatrischen Stationen dar. Diese Situation ist aus verschiedenen Gründen sehr diffizil

und kaum vergleichbar mit der Chirurgie, wo die Medizinalen, zwar mit Messern und Stacheln bewaffnet, meiner Erfahrung nach im Allgemeinen

doch recht umgänglich und kooperativ sind, was möglicherweise mit ihrer fundierten Teamwork-Erfahrung und einem handwerklich klaren kognitiven Stil zusammenhängt.

? Was die Schülerpopulation anbetrifft, gehe ich davon aus, dass es sich auf einer psychiatrischen Station um Patienten mit massiven, nachhaltigen und umfangreichen, hauptsächlich intra-psychischen Störungen handelt (z.B. psychosomatischer, neurologischer, psychotischer, suchtbelasteter Art), mit extremen, bizarren, z.T. auch selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, wie sie im Alltag wenig Parallelen finden. (Kinder, die sich situativ und im Wesentlichen kontextabhängig als „erziehung-sschwierig“ erweisen, gehören meines Erachtens nicht in psychiatrische Kliniken).

(Wobei die Frage, inwieweit sich Kinderpsychiatrische Stationen - neben den hohen Ausbaustandards sozial- und heilpädagogischer sowie psychotherapeutischer Dienste einerseits und sozialpädiatrischer, psychosomatischer und neurologischer andererseits - heutzutage noch rechtfertigen lassen und welche Einweisungsgründe Gültigkeit beanspruchen könnten, einer eigenen Diskussion bedürfte).

? Diese Kinderpopulation hat nicht selten ein gebrochenes Verhältnis zur Institution ‚Schule‘: Sei dies weil sie selber negative Erfahrungen damit machte und belastende Schulkarrieren aufweist, sei es, weil sie sich in einem Zustand befindet, aus dem heraus sie aufgenötigten Fremd-Strukturen und Leistungsanforderungen mit Widerstand begegnet.

? Andererseits sind diese Kinder nicht bettlägerig, sondern physisch meist voll bei Kräften. Meiner Erfahrung nach ist eine Klinik bezüglich der gesunden (wesensmässigen, eigenschaftlichen) Bedürfnissen dieser Kinder baulich-architektonisch und organisatorisch-strukturell selten optimal ein- und ausgerichtet. Die personelle Ausstattung, ist (was z.B. die „Freizeit“-Gestaltung anbetrifft) entweder ungenügend (medizinischem Pflegepersonal überlassen) oder es sind hauptsächlich Sozial-

Haltung der Klinik gegenüber pädagogischen Ansprüchen meist ambivalent

Pädagogische Betreuung ist weit davon entfernt, als Selbstverständlichkeit zu gelten

und HeilpädagogInnen, welche zwischen den Therapien die pädagogische Knochenarbeit der Alltagsbewältigung zu leisten haben und/oder für die Aufrechterhaltung eines durchgehenden sog. „therapeutischen Milieus“ verantwortlich sind. Daher erneut die Frage: Wozu Klinik, wenn nicht unmittelbar *medizinische* Gründe vorliegen?

? Noch schwieriger gestaltet sich die Problematik auf der Ebene des Personals, das bzgl. seiner ideellen und ideologischen Ausrichtung sehr heterogen ist:

An der Spitze der Hierarchie steht die Psychiatrie, die sich einesteils (über-)identifiziert mit dem Medizinalsystem, in welchem sie prestigemässig eine Randposition einnimmt, sich auf der andern Seite psychologische und pädagogische Kompetenzen anmaßt, mittels derer sie sich ihre systemimmanente Sonderstellung zu sichern versucht. - Innerhalb der Psychiatrie sind ihrerseits Richtungskämpfe zwischen „Somatikern“, die sich bemühen, sich gegenüber der Neuropädiatrie zu profilieren und „Psychikern“, die sich mit fundiert und umfassend ausgebildeten Psychologen bzw. Psychotherapeuten Verdrängungskämpfe liefern. - Das Pflege- und Therapiepersonal absolvierte eine systemkonforme Ausbildung und versteht sich daher als verlängerter Arm und Ausführungsinstrument der Ärzteschaft. So liegt es in der Konsequenz, dass auch das pädagogische Personal und die Schule einer Medizinisierung unterworfen und ideologisch und lebenspraktisch -im Sinne einer *unité de doctrine*- in das herrschende therapeutische Setting implantiert werden sollen. Das Ansinnen ist ebenso verständlich wie inakzeptabel. Der Mensch ist grundsätzlich *erziehungs-*, nicht therapiebedürftig, ist von Natur aus entwicklungs-fähig, nicht krank.

Ich hatte seinerzeit daher einige Schwierigkeiten, mir die Freudianischen Mythen anzueignen und mich nach der entsprechenden Choreografie zu bewegen, welche auf der Station verbindlich war. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen schien mir immerhin Freuds Aussage, wonach Erzieher ein „unmöglicher Beruf“ sei, zuzutreffen. (Ich wurde dann allerdings vom ‚Innersten Kreis‘ ausgeschlossen und durfte mich, „Lehrer“, der *ich ja herkunftsmässig war, mit den nicht psychotherapietauglichen Legasthenikern beschäftigen*).

(6) Behinderungen und (Lange-zeit-)

Krankheiten im Kindesalter nötigen die Pädagogik – zumal in den speziellen Sparten der Heil- und Sonderpädagogik – zu strukturellen Verkoppelungen mit dem Medizinalsystem (*Kobi, E.E., 1993*). Strukturelle Unverträglichkeiten sind, wie eingangs erwähnt, eine unumgängliche Folge hiervon (*Kobi, E.E., 1979*) und keineswegs einfach ein persönliches Problem. Inkompatibilitätsbedingte Unpässlichkeiten können die sachnotwendige Kooperation erheblich stören, falls diese nicht *meta-kommunikativ* abtempiert und in geklärte Konsens-/Dissens-Ordnungen gebracht werden. Derartige (Ent-)scheidungsprozesse orientieren sich nicht am Kriterium der Wahrheit, sondern an dem der Stimmigkeit. Es kann also nicht darum gehen, dass das Medizinalsystem Denkweisen und Praxisfiguren aus dem Bildungssystem oder dieses solche aus dem Medizinalsystem übernimmt. (So wenig Gallensteine didaktisch entfernt werden können, ist die Vermittlung von Rechtschreibregeln medikamentös zu bewerkstelligen).

Zu den grundlegenden Verhandlungsspielregeln gehören daher der Verzicht auf gegenseitige Realitätskonstruktionen, auf Totalisierungen, Missionierungen, Über- und Unterordnungen. (Ein Operationssaal verlangt andere Begehungsregeln, Ausstattungen und Raumordnungen als ein Schulzimmer et vice versa). Nur aus einer vorsätzlichen und durchgehenden Respektierung des je andern Denkmusters und Handlungsfeldes mit je eigener Dignität lassen sich jene teilreichlichen Kongruenzen finden, die unverzichtbar sind für jede Art von Kooperation. Kooperation hat also nicht die Auflösung, sondern die Respektierung von Grenzen zur Voraussetzung. Erst die Grenzziehung (die „Definition“) gestattet *im Nachgang* hierzu angemessene situative Grenzüberschreitungen (indem auch der vorgenannte Gallenblasenpatient postoperative Belehrungen seitens des Arztes erfahren kann und die Lehrerin auch der mnemischen Aufnahmekapazität ihrer Schüler förderliche gesundheitsorientierte Vorkehrungen trifft in ihrem Unterricht).

(7) Was also bleibt, ist der *Austausch* über Unterschiede. Kooperation ist erst und nur so lange möglich, als Differenz, Autonomie, Selbstbestimmung und EigenSinn gewahrt bleiben. Kooperation ist

Richtungskämpfe zwischen „Somatikern“ und „Psychikern“

nicht zu reduzieren oder darauf hin zu definieren (=begrenzen), sich gemeinsam, im paramilitärischen Gleichschritt gar, für dasselbe einzusetzen. Gerade da, wo die beliebte Metapher vom ‚gleichen Strick, an dem alle zu ziehen haben‘ geübt wird, drängt sich die Frage nach dem Kopf auf, der möglicherweise in der Schlinge hängt und dessen Kooperationsmöglichkeiten buchstäblich erstickt zu werden drohen.

Kooperation ist *nicht* abhängig von aktionistischer Gleichschaltung (z.B. einer Totalmedizinierung kindlicher Lebenswelten); Übereinstimmung in den Handlungsvollzügen ist *keine* kooperative *conditio sine qua non*, sondern bereits ein (meist ohnehin nur passagerer) kooperativer Spezialfall. Was Kooperation hingegen zur Voraussetzung hat, ist gegenseitige Existenzwahrnehmung, -anerkennung und -bestätigung. Kooperation lebt aus der Alternative, diese ist kooperatives Integral. Kooperation verendet hingegen in *Desinteresse*, in *Agnosie* (Wahrnehmungsunfähigkeit) und *Omnipotenz* (All-machtsanspruch), d.h. wenn wir nicht mehr teilnehmen an der Welt des Andern, wir den Andern nicht erkennen und als *Andern* von meinesgleichen wahrnehmen, sondern ihn „vernichten“ oder ihn aber „zum Fressen gern“ haben und entsprechend verfahren oder in inflationärem Größenwahn uns selbst genug sind.

An die Stelle eines von medizinischer Seite ostinat angemahnten „Teamworks“ (im Hintersinn einer hierarchischen Verfügbarkeitskultur) und einer als Assimilation (Angleichung) missverstandenen „Integration“ - welche letztere das „Integral“ (in unserem Falle die Krankenhaus-schule) eben *nicht* auflöst und ansäuert, sondern in ihrem systemisch unverdaulichen So-sein und in ihrer Andersheit bestätigt - hätten Kommunikationsvereinbarungen – bilaterale „Verträge“ und gelebte Verträglichkeiten zwischen ungleichartigen, jedoch gleichwertigen Rechtspersonen – zu treten, die je dem konkreten Feld entsprechen. Deren Installation ist in den Grundlinien und primär eine schul- bzw. gesundheitspolitische, (eine legislative) Aufgabe, auf deren Resultat sich die Executives sodann beziehen und abstützen können. Private Goodwill-Aktionen und persönliche Nettigkeiten bei Kuchen und Tee, zu denen pädagogisches Gutmenschen sich gelegentlich glaubt verpflichten zu müssen, bringt auf dieser

„Wozu Klinik, wenn nicht unmittelbar medizinische Gründe vorliegen?“

Stufe des Verhandeln nichts. Sie sind fehlplatziert, wo es um Rechte und Pflichten, Einflussbereiche und Grenzziehungen, Weisungs- und Verfügungsrechte, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geht. (Kuchen und Tee gibt's dann *nach* dem Verhandlungsmarathon und ratifizierten Vertragsabschlüssen).

Persönlich habe ich mit einem klaren, der Pragmatik des Medizinalsystems entsprechenden Verhandlungsstil in kleinen, paritätischen Beratungsgremien gute Erfahrungen gemacht. Und zwar eben darum und dadurch, dass wir uns dort offen und offiziell streiten, *kasuell* einvernehmliche Lösungen finden und so den in Knatschbereichen praktizierenden KollegInnen Entlastung bieten konnten.

Meines Erachtens geht es hier also *nicht* um ein-für-alle-Mal- „Lösungen“ - ich wüßte wirklich nicht, wie solche ohne gewalttätige Unterdrückung zu erreichen wären – sondern um permanentes meta-kommunikatives Problem- und Konfliktmanagement, das drohende Crash-Kurse frühzeitig zu erkennen und zu korrigieren vermag.

Dazu abschließend eine diesbezüglich exemplarische Anekdote aus dem bekanntermaßen skeptisch-distanzierten, freund-nachbarlichen amerikanisch-kanadischen Beziehungsbereich:

Es handelt sich um ein Funkgespräch, das im Oktober 1995 zwischen einem US-Marinefahrzeug und kanadischen Behörden vor der Küste Neufundlands stattfand. Es wurde am 10. 10. 1995 vom kanadischen Chief of Naval Operations veröffentlicht:

Amerikaner: Bitte ändern sie ihren Kurs 15° nach Norden, um eine Kollision zu vermeiden

Kanadier: Ich empfehle, sie ändern ihren Kurs um 15° nach Süden, um eine Kollision zu vermeiden

Amerikaner: Dies ist der Kapitän eines Schiffes der US-Marine. Ich wiederhole: Ändern sie ihren Kurs

Kanadier: Nein. Ich sage noch einmal: Sie ändern ihren Kurs

Amerikaner: Dies ist der Flugzeugträger „US Lincoln“, das zweitgrößte Schiff der Vereinigten Staaten. Wir werden von drei Zerstörern, drei Kreuzern und mehreren Hilfsschiffen begleitet. Ich verlange, dass sie ihren Kurs 15° nach Norden, das ist eins-fünf Grad nach Norden, ändern, oder es werden Gegenmaßnahmen

*ergriffen, um die Sicherheit dieses Schiffes zu gewährleisten
Kanadier: Dies ist ein Leuchtturm.
Sie sind dran.*

*E. E. Kobi, Luzern
Referat anlässlich der Jahrestagung des Arbeitskreises „Schule und Psychiatrie“ vom 19. - 22. 9. 2001 in Freiburg/Br.*

Zitierte Literatur

Foucault, M. (1975;1994), Überwachen und Strafen (Frankfurt/M. Suhrkamp))

Foucault, M. (1963;1991), Die Geburt der Klinik (Frankfurt/M. Fischer)

Kobi, E.E. (1993), Grundfragen der Heilpädagogik (Bern Haupt)

Kobi, E.E. (1999), Heilpädagogik als, mit, im System (Luzern edition SZH)

Kobi, E.E. (Hrsg.) (1979), Kinder zwischen Medizin und Pädagogik (Luzern edition SZH)

Ramb, W. (1995), Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von

Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie in: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 44: 181-186 (Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht)

Schmitt, F. (1999), Berufsbild Lehrerin/Lehrer an Einrichtungen der

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Entwurf eines Paradigmas der Normalität in: Harter-Meyer, R. et al. (Hrsg.) Zeitschrift ?

Modell zur Ausbildung

Durch Schlüsselqualifikationen können Lehrer sich optimal an die Schulform anpassen und entsprechend der speziellen Anforderungen der Schüler unterrichten.

Heute schreibe ich hier nicht als Direktor der Amsterdamer Klinikschule, die für die Unterrichtsversorgung der beiden akademischen Krankenhäuser zuständig ist, sondern als Komiteemitglied von HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe): Innerhalb von HOPE gibt es verschiedene Arbeitsgruppen und ich bin der Koordinator der Arbeitsgruppe 14, die sich mit spezifischen Aus- und Weiterbildungsprogrammen für Kliniklehrer auf europäischer Ebene beschäftigt.

Zur Zeit existiert bereits ein europäisches Projekt: European College for Hospital Teachers and Play Therapists, zu finden unter <http://www.it.kth.se/echtp>. Auf dieser Webseite sind vier verschiedene Bereiche zu unterscheiden, ein pädagogischer Bereich, ein psycho-sozialer Bereich, ein medizinischer Bereich und ein Bereich mit guten praktischen Beispielen. Jeder Bereich setzt sich aus kleinen Einheiten zusammen. Dem Kliniklehrer wird die Möglichkeit geboten, sein eigenes individuelles Lernprogramm zusammenzustellen. Leider gibt es keinen Bereich mit Beispielen typischer psychiatrischer Problematiken. In den Niederlanden bin ich mitverantwortlich für die Weiterbildung von Krankenhauslehrern.

Meine folgenden Ausführungen gliedern sich in verschiedene Kapitel:

1. Einteilung der Schüler von Krankenhausschulen in verschiedene Kategorien
2. Analyse von drei Modellen der Krankenhausschule
3. Berufsbild von Lehrerinnen und Lehrern an Schulen für Kranke
4. Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern an Schulen für Kranke

Ziel der Einteilung der Schüler von Krankenhausschulen in Kategorien und der Analyse von drei Modellen der Krankenhausschule ist es, zu einer neuen Abwägung des Berufsbildes der Krankenhauslehrer zu kommen.

Einteilung in Kategorien

Die äußerst heterogene Zusammensetzung der Schüler einer Krankenhausschule

le kann man nur übersichtlich machen, wenn man sie in Kategorien einteilt. Hierzu ist eine Matrix entwickelt mit einer senkrechten Achse, die den Unterrichtsbedarf aufzeigt. Dabei soll als Kriterium gelten, dass Kinder, die besondere schulische Unterstützung schon vor der Aufnahme ins Krankenhaus brauchten, meistens heftiger auf eine Krankenhausaufnahme und die Krankheit reagieren, als Kinder ohne zusätzlichen schulischen Unterstützungsbedarf. Die nächste Einteilung gibt eine Übersicht:

- 1) Schüler, die am regulären Unterricht teilnehmen
- 2) Schüler, die am regulären Unterricht teilnehmen, aber besondere Unterstützung benötigen
- 3) Schüler von Förderschulen
- 4) Schüler, die keine Schule besuchen.

Auf der horizontalen Linie der Matrix ist die Einteilung nach Art und Schwere der Krankheit dargestellt. Diese Einteilung geht von dem pädagogischen Kriterium der Zukunftsperspektive aus. Mit anderen Worten: Wie sieht das Kind seine Zukunft hinsichtlich der Art und Schwere seiner Krankheit?

- a) Schüler mit lebensbedrohenden Erkrankungen
- b) Schüler mit ernsten oder chronischen Krankheiten: das Kind wird immerhin lange Zeit in seiner Entwicklung durch die Krankheit behindert. Die Grenze liegt hier mindestens bei drei Monate
- c) Schüler mit psychosozialen und psy-

chiatrischen Erkrankungen: In welchem Ausmaß kann das Kind mit seinen psychiatrischen Problemen im weiteren Leben bestehen?

d) Schüler mit zeitlich begrenzten Erkrankungen: das Kind und seine Umwelt können überschauen, dass die Behandlung nur eine beschränkte Zeit beansprucht.

Diese Einteilung von kranken Schüler in Kategorien gibt die Möglichkeit zu analysieren, über welche Qualitäten und Eigenschaften ein Lehrer verfügen sollte:

? Welche spezifischen Kenntnisse sind notwendig?

? Welche besonderen Fertigkeiten braucht ein Krankenhauslehrer?

? Wie soll sein Verhalten dem Schüler gegenüber sein, seine Haltung?

Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltung oder Verhalten des Lehrers beziehen sich auf sechs Gebiete

und zwar:

- 1 die sozial-emotionale Entwicklung
- 2 die kognitive Entwicklung
- 3 die motorische und körperliche Entwicklung
- 4 die planmäßige Arbeit
- 5 die Unterstützung der Kollegen, auch die der Stammschule
- 6 die pädagogische Grundhaltung des Lehrers

Beispiel für eine Einteilung:

In meiner Krankenhausschule in Amsterdam war die Quote im Jahre 2000:

- Lebensbedrohende Krankheiten 60%
- Ernste oder chronische Erkrankungen 37%
- Psychosoziale oder psychiatrische Erkrankungen 2%
- Zeitlich begrenzte Erkrankungen 1%

Ich bin mir bewusst, dass ich hier vor Kollegen stehe, die mehrheitlich Schüler mit psychosozialen und psychiatrischen Erkrankungen unterrichten. Vor 1999 arbeiteten Lehrer der Amsterdamer Krankenhausschulen ebenfalls in verschiedenen Abteilungen psychiatrischer Kliniken.

Drei Modelle der Krankenhausschule

Ich möchte Ihnen drei verschiedene theoretisch organisatorische Modelle der Krankenhausschule vorstellen. Der Zweck ist, einen besseren Überblick des Berufsbildes und die Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern in Schule für Kranke zu erhalten.

Modell 1: Die geschlossene traditionelle Krankenhausschule

Es ist ein sehr bekanntes Modell, und wir können nach wie vor Beispiele dieser Art von Krankenhausschulen in fast allen europäischen Ländern finden. In diesem Modell ist die unterrichtliche Versorgung ausschließlich auf den kranken Schüler zugeschnitten. Während seines Krankenhausaufenthalts, meistens für eine lange Periode, konzentriert sich der Krankenhauslehrer auf die Aufgabe, den Unterricht fortzusetzen. Der allgemeine formelle Lehrplan wird dem Lehrer vorschreiben, was er lehren soll, immer angepasst an die kognitiven, physischen und sozial-emotionalen Bedingungen seines Schülers. Jeder Krankenhauslehrer wird seine eigenen Methoden benutzen. Für Schüler der weiterführenden Schulen, gibt es besondere Fachlehrer z.B. für Fremdsprachen und Mathematik usw. Dieses Modell wird geschlossen genannt, weil aufgrund des langen Aufenthalts des Kindes im Krankenhaus, die Kontakte mit der Stammschule selten sind oder nicht mehr existieren. Dieses traditionelle Modell sollte ein Modell der Vergangenheit sein, obwohl es noch immer existiert und in der Zukunft auch beibehalten wird, da es sich aufgrund der besonderen Situation dieser Art von Krankenhausschulen bewährt. Einige Beispiele sind: Krankenhausschulen in spezialisierten medizinischen Zentren, wie neurologische Krankenhäuser, Rehabilitationszentren und Zentren für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen (Psychiatrizentren).

In diesen Krankenhäusern findet die Behandlung über einen langen Zeitraum statt, einige Monate, ein Jahr, manchmal sogar länger. Nach der Behandlung werden einige dieser Schüler eine Förderschule besuchen. Der Krankenhauslehrer arbeitet zusammen mit Mitgliedern des Krankenteams.

Modell 2: Die offene traditionelle Krankenhausschule

Der Hauptunterschied zur geschlossenen Krankenhausschule ist die Aufforderung der Schüler, Kontakte mit der Welt draußen und der Stammschule während ihres Krankenhausaufenthalts aufrecht zu erhalten. Vor allem eine verbesserte Be-

handlung und, als Folge dessen, ein kürzerer Krankenhausaufenthalt, verlangen eine offene Kommunikation mit der Welt außerhalb des Krankenhauses, um Gefühle der Isolation zu verhindern und im Kontakt mit der Schule und den Schülern zu bleiben. Die unterrichtliche Versorgung bezieht sich stark auf den Lehrplan der Stammschule des kranken Kindes. Deshalb wird vom Krankenhauslehrer eine breite Kenntnis der verschiedenen Methoden erwartet, die in den verschiedenen Stammschulen angewendet werden. Diese Arbeit ist von grosser Bedeutung als Hilfe für das kranke Kind bei der Rückkehr an seine eigene Schule.

Abhängig von der Stellung des Krankenhauslehrers auf seiner Station oder in seinem Krankenhaus gibt es Kontakte mit den Mitgliedern anderer Disziplinen oder er ist vollständig an dem interdisziplinären Team beteiligt. Daneben arbeitet der Krankenhauslehrer mit dem Lehrer der Stammschule des kranken Schülers zusammen.

Modell 3: Die offene integrierte Krankenhausschule

In den letzten Jahren wurde es immer offensichtlicher, dass die unterrichtliche Versorgung von Kindern nicht nur auf die Erziehung und Bildung während ihres Krankenhausaufenthaltes konzentriert werden sollte. Verbesserte medizinische und psychiatrische Versorgung und, infolgedessen, kürzere Krankenhausaufenthalte bzw. Behandlungen in Tageskliniken, sind Entwicklungen, die wir in allen europäischen Ländern sehen. In diesem Modell wird den kranken Schülern durch die Krankenhausschule eine breite pädagogische Versorgung angeboten, nicht nur während ihres Krankenhausaufenthalts, sondern auch zu Hause und an ihrer eigenen Schule, um ihre pädagogische Bedürfnisse zu unterstützen. Es ist sogar möglich, dass ihrer Behandlung nur auf einer poliklinischen Station des Krankenhauses stattfindet.

Es ist offensichtlich, dass der heutige und zukünftige Krankenhauslehrer Kenntnisse über die kognitiven, physischen und sozial-emotionalen Folgen von Behandlungen haben muss. Er muss sich seiner neuen Kompetenz und seiner Stellung bewusst sein.

Die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team des Krankenhauses trägt zu einer angemessenen pädagogischen Versorgung bei und macht es möglich, sich bei der pädagogischen Versorgung auf den einzelnen kranken Schüler diffe-

renziert einzustellen. Sich an einem interdisziplinären Team zu beteiligen, gibt Gelegenheit, die neuesten Entwicklungen in der Forschung zu erfahren oder sich sogar an der Forschung zu beteiligen. Dies wird die innere Integration genannt, „innere“ meint innerhalb des Krankenhauses zwischen Mitgliedern des interdisziplinären Teams.

Der Krankenhauslehrer muss die Stammschule seines kranken Schülers unterstützen. Das wird äußere Integration genannt. Wieviel Unterstützung gegeben wird, wird in der Beratung mit der Heimatschule des Kindes bestimmt und wird auf die individuellen Bedürfnisse des Schülers und des Lehrers abgestimmt.

Die Unterstützung schließt Elemente mit ein, wie zum Beispiel:

- ? Weitergabe von Fachkenntnissen für Lehrer im Hinblick auf spezifischer Kenntnisse von Krankheiten und Verhaltensstörungen, bzw. wie mit Krankheiten und Verhaltensstörungen umzugehen ist
- ? Versorgung mit Informationen über die möglichen Folgen der Krankheit und psychischen Probleme auf die Entwicklung des Kindes und seines Lernprozesses
- ? Beratung, wie der Lernprozess aus einiger Entfernung durch moderne Kommunikationstechnologie weitergeführt werden kann.

Überlegungen zur Entwicklung eines Berufsbildes

Eine Analyse gibt uns die Möglichkeit, eine Übersicht der Qualitäten des Lehrers an Schulen für Kranke zu machen. Das Berufsbild ist eine Sammlung von Aussagen über die Arbeit in diesem Fall des Krankenhauslehrers und der Kompetenzen, die erforderlich sind, diese Arbeit kompetent auszuführen.

In den folgenden Ausführungen will ich das Berufsbild genauer charakterisieren:

1. durch eine kurze Beschreibung des Krankenhauslehrers
2. anhand einer Auflistung allgemeiner Aktivitäten, die vom Krankenhauslehrer auszuführen sind
3. durch eine Auflistung allgemeiner Kompetenzen, um erwähnte Aktivitäten kompetent auszuführen

Beschreibung der Krankenhauslehrerschaft:

Der Krankenhauslehrer erteilt Schülern im Alter von 4 bis 18 Jahren, die krank sind, Unterricht. Dabei sind einige Punkte von Wichtigkeit:

- ? eingengezte Zeitperspektive
- ? andere Entwicklungsperspektive
- ? tragische Situationen oder Krisensitua-

Pädagogische Versorgung	die geschlossene traditionelle Krankenhauschule	die offene traditionelle Krankenhauschule	die offene integrierte Krankenhauschule
der Gegenstand	Kunde = Kind	Kunde = Kind	Kunden = Kind und Schule
Krankenhausunterricht	= Ziel	= Ziel und Beitrag	= Beitrag
Qualifikation des Krankenhauslehrers	eigene Methoden	unterschiedliche Methoden + verschiedene Schulsysteme + Lehrpläne	+ Kenntnis der Folgen von Krankheit und Behandlung + Informieren + Unterstützen
im Verhältnis zur allgemeinen Pflege und Behandlung	Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Krankenhausteams	Beteiligung am multidisziplinären Team	Innere Integration
Fähigkeit zur Veränderung	wenig	durchschnittlich	hoch

4. Der Krankenhauslehrer pflegt Kontakte mit Kollegen.

5. Der Krankenhauslehrer berät die Eltern.

6. Der Krankenhauslehrer pflegt Kontakte mit Lehrern der Heimatschule der Schüler.

7. Der Krankenhauslehrer pflegt Kontakte mit Institutionen, die mit der Schule verbunden sind.

tionen

? der Schüler als gleichwertiger Partner

Allgemeine Aktivitäten:

1. Der Krankenhauslehrer erteilt Unterricht.
2. Der Krankenhauslehrer bereitet Unterricht, Pläne und Kursfestlegung usw. vor.
3. Der Krankenhauslehrer betreut Schüler.

Aufzählung allgemeiner Kompetenzen

Die allgemeinen Kompetenzen werden in drei Bereiche zusammengefasst, und zwar:

1. pädagogische Haltung
2. pädagogische Fertigkeiten
3. pädagogische Kenntnisse

Eine Kompetenz hat man, erwirbt man sich oder pflegt man weiter. Eine Kompetenz kann mit allgemeinen oder spezifischen Worten beschrieben werden. Aus der Art und Weise, wie der Krankenhauslehrer mit Situationen umgeht, sowohl in selbstgewählten als auch fremden kritischen Situationen, zeigt sich, in welchem Maße der Krankenhauslehrer gewisse Kompetenzen besitzt.

Diese Kompetenzen können dann angepasst an das jeweilige Niveau weiter spezifiziert werden. Das kann auf zweierlei Weise geschehen:

a. Die allgemeinen Kompetenzen werden weiter spezifiziert in spezifische Kompetenzen. Diese spezifischen Kompetenzen werden in Verhaltenstermini beschrieben.

b. Die allg. Kompetenzen werden erläutert. Dies kann als erste Stufe für Methode betrachtet werden.

Überlegungen zur

Kompetenz im Bereich Pädagogische Fertigkeiten:

1. Der Krankenhauslehrer begleitet Schüler in ihrem Lernprozess.
2. Der Krankenhauslehrer bietet Information an.
3. Der Krankenhauslehrer kommuniziert und interagiert.
4. Der Krankenhauslehrer organisiert Gruppen und leitet sie.
5. Der Krankenhauslehrer reflektiert und ergreift Initiative.
6. Der Krankenhauslehrer analysiert Schüler aufgrund ihrer medizinischen Situation.
7. Der Krankenhauslehrer erstellt aufgrund der erwähnten Analyse einen Handlungsplan, führt diesen aus, evaluiert diesen anschließend und passt diesen eventuell an.
8. Der Krankenhauslehrer arbeitet in einem multidisziplinären Team.
9. Der Krankenhauslehrer handelt durchgreifend in (sehr) tragischen Situationen
10. Der Krankenhauslehrer unterrichtet auf verschiedenen Ebenen zur gleichen Zeit.
11. Der Krankenhauslehrer pflegt Kontakt mit dem Schüler, auch wenn er nicht unterrichtet wird.
12. Der Krankenhauslehrer begleitet die Lehrer der Stammschulen der Schüler, wenn diese Schüler in der heimischen Situation weiter betreut werden.

Kompetenz im Bereich Pädagogische Haltung:

1. Der Krankenhauslehrer entwickelt seine eigene Professionalität.
2. Der Krankenhauslehrer entwickelt seine Systemkenntnis weiter.
3. Der Krankenhauslehrer gewinnt Kenntnisse des Unterrichtswesens.
4. Der Krankenhauslehrer entwickelt eine pädagogische Berufshaltung.
5. Der Krankenhauslehrer ist gut zu den Schülern.
6. Der Krankenhauslehrer ist gerecht zu den Schülern.
7. Der Krankenhauslehrer lässt die Schüler eigenständig sein.
8. Der Krankenhauslehrer gewährleistet den Schülern das Recht auf Privatleben.
9. Der Krankenhauslehrer geht umsichtig mit den Schülern um.
10. Der Krankenhauslehrer strahlt den Schülern gegenüber Ruhe aus.
11. Der Krankenhauslehrer zeigt den Schülern gegenüber Mitgefühl.
12. Der Krankenhauslehrer ist in tragischen Situationen und/oder Krisensituationen moralisch stark.

Ausbildung von Lehrern an Schulen für Kranke

Der Krankenhauslehrer gehört zu einer verhältnismäßig kleinen Berufsgruppe in den Niederlanden und in Europa. Deshalb ist es notwendig, die Ansichten und Erfahrungen zu bündeln. Nachstehend wird ein Ansatz zur Ausarbeitung einer Ausbildung des Krankenhauslehrers unterbreitet, die sowohl als direkter Unterricht bzw. als auch als Fernunterricht stattfinden kann.

Die Ausbildung des Krankenhauslehrers kann aus unterschiedlichen Gesichtspunkten betrachtet werden. Nachstehende Unterscheidungen bieten sich an:

1. die Unterrichtsarten

? die Ausbildung findet als direkter

Unterricht statt
? als Fernunterricht, die Ausbildung findet z.B als online-Kurs statt

2. die Formen der Ausbildung:

? instruieren; Information übertragen
? trainieren; Fertigkeiten trainieren
? begleiten; Inter- und Supervision erteilen
? beurteilen; ausgeführte Aufträge über Portfolio und Klausuren beurteilen

3. die Gebiete des Ausbildens

? Information verschaffen
? Fertigkeiten trainieren
? Reflexion des eigenen Handelns anregen

Bei der Ausarbeitung der Ausbildung werden die nachstehenden Bestandteile beschrieben:

a. Ausgangspunkte

? Der Lernende ist ein aktiv Lernender und deshalb für sein eigenes Lernen verantwortlich.
? Das Lernen soll als Suche nach Antworten auf selbst formulierte (oder aus einer Auswahl regulär formulierter) Fragen aufgefasst werden.
? Das Lernen soll als selbst formulierte Kompetenz aufgefasst werden.
? Der Lernende stellt aufgrund der selbst formulierten Fragen sein eigenes Lernprojekt auf, um auf genannte Fragen Antworten zu finden.
? Der Lernende stellt aufgrund der selbst formulierten Kompetenz sein eigenes Lernprojekt auf, um genannte Kompetenzen zu erwerben.
? Lernen ist eine gemeinschaftliche Aktivität.

b. das Angebot

? Das Angebot verschafft bestimmte Information.
? Das Angebot trainiert bestimmte Fertigkeiten.

? Das Angebot stimuliert zur Reflexion des eigenen Handelns (Attitüde).

? Das Angebot hat Arbeitsaufträge in Form von Portfolio eingebaut.

? Das Angebot hat Begleitung (möglicherweise in Form eines Helpdesks) eingebaut.

? Das Angebot ergibt die Möglichkeit, ein Forum mit anderen Lernenden einzuberufen.

c. Zugang zum Angebot / unterschiedliche Niveaus

Eine Anforderung ist es, das Angebot an die vom Lernenden gestellten Fragen zu koppeln. Bei einer Suche nach Antworten auf solche gestellten Fragen (Niveau 1) sollen folgende Gesichtspunkte einfließen:

3. Wie begleite ich Kollegen in der Heimatschule?

4. Wie begleite ich Eltern?

5. Wie verschaffe ich mir einen Eindruck von der Heimatschule?

usw.

Als zweite Anforderung soll das Angebot mit den vom Lernenden formulierten Kompetenzen in Einklang werden. Das Erwerben von selbst formulierten Kompetenzen wird als Niveau 2 betrachtet. Ziel hierbei ist es, die schon angesprochenen Kompetenzen im Bereich „Pädagogischer Haltung“, Pädagogischer Fertigkeiten“ und Pädagogischer Kenntnisse zu erwerben oder zu spezifizieren.

Der Krankenhauslehrer ist in tragischen Situationen und/oder Krisensituationen moralisch stark.

Kompetenz im Bereich Pädagogische Kenntnisse:

1. Der Krankenhauslehrer verfügt über Kenntnisse der lang- oder kurzfristigen Konsequenzen von unterschiedlichen Krankheiten bei Schülern. Die Krankheitsarten werden folgendermaßen gegliedert:
 - Schüler mit lebensbedrohlichen Krankheiten
 - Schüler mit ernsten chronischen Krankheiten
 - Schüler mit psychosozialen und psychiatrischen Krankheiten
 - Schüler mit zeitlich begrenzten Krankheiten
2. Der Krankenhauslehrer verfügt über Kenntnisse der lang- oder kurzfristige Konsequenzen verschiedener Behandlungen bei Schülern mit unterschiedlichen Krankheitsarten. Auch hier wird obige Gliederung gehandhabt.
3. Der Krankenhauslehrer verfügt über Kenntnisse der unterschiedlichen pädagogischen Vorgehensweisen bei kranken Schülern. Auch hier wird wieder die obige Gliederung gehandhabt.
4. Der Krankenhauslehrer verfügt über Kenntnisse der unterschiedlichen Organisationsmodelle für Unterrichtsunterstützung der kranken Schüler
5. Der Krankenhauslehrer verfügt über Kenntnisse unterschiedlicher Organisationsmodelle der Heimatschulen der Schüler.

Hans Courlander,
Amsterdam

Prozente sind nicht alles

Prävalenzraten sind für Lehrer nicht das Non-plus-Ultra. Ein eigenes Bild vom subjektiven Krankheitserlebnis der Kinder hat Vorrang vor nackten Zahlen.

Was ist los mit unseren Kindern in Deutschland? Wie gesund ist die neue Generation in dieser Gesellschaft, in der Fitness fast das höchste Gut ist?"

Zur Beantwortung dieser Frage veröffentlichte die Zeitung "Stern" im Juli dieses Jahres eine repräsentative Befragung von

2 000 Familien mit Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren sowie 1 065 Jugendlichen zwischen 11 und 18 Jahren. Entwickelt wurde das Untersu-

chungskonzept von Schulte Markwort, Prof. für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik Hamburg.

"Immerhin beweist unsere Untersuchung, dass insgesamt rund 18% aller Kinder und Jugendlichen auffällig und diagnose-dürftig sind"

so Schulte-Markwort zum Ergebnis der Befragung. Von den rund 18% sei etwa jeder Zweite so gestört, dass er in eine Behandlung gehöre.

Und weiter heisst es in dem Artikel des "Stern".

"Da ist die Schule... die fast jedem Vierten massive Probleme bereitet: zum Beispiel durch Streit mit Lehrern, die kaum noch als Vertrauenspersonen erlebt werden, 'ein Armutszeugnis', wie Schulte-Markwort findet".

"Seit Jahren warnen Lehrer, weil sie wachsen-

de Nervosität und Aggressivität in den Schulklassen beobachten, berichten Erzieher von Kindern, die nicht still sitzen, nicht zuhören können, keine Kraft haben, eine Aufgabe zu Ende zu führen. Bei Vorsorgeuntersuchungen registrieren Mediziner Fünfjährige, die sich nicht mehr bücken und nicht mehr hüpfen können, ohne umzufallen, Grundschüler, deren Sprachentwicklung

verzögert ist, die nicht richtig, sehen, hören können, Kinder, die zu dick sind, zu passiv, zu kraftlos, ausgepowert, schlapp... Viele Jugendliche können heute keinen Klimmzug mehr und ohne Training keine zehn Minuten joggen" (Stern vom 5.7.2001, S. 26, 30).

So und ähnlich klingt es immer wieder in den Printmedien und im Fernsehen. Dabei sind sich fast alle Berichterstatter und Lehrkräfte aller Schulformen darin einig, dass die psychosomatischen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen erkennbar zugenommen haben.

Wie sind die Berichte und Klagen von Journalistinnen und Journalisten, Medizinerinnen und Mediziner, Eltern und Lehrkräften zu bewerten?

Prävalenzraten (Häufigkeitsraten) zu ausgewählten

Krankheiten im Kindes- und Jugendalter

Asthma bronchiale

Die Prävalenzraten für Asthma bronchiale variieren zwischen 35% und 9,3%. Bei einem internationalen Vergleich bei 12- bis 15-jährigen Jugendlichen wurde für Bochum ein Wert von 6% festgestellt. Für München wurde für Kinder im Alter von 9 bis 11 Jahren ein Wert von 5,6% festgestellt (Hoepner-Stamos, 1999, S. 30,31; Mielck, 2000, S. 114).

Neurodermitis

Die Prävalenzraten schwanken zwischen 7,1% in der Altersgruppe der 9 bis 11-Jährigen und 19,7% in der Altersgruppe der 0 bis 9/0 bis 11-Jährigen (Hoepner-Stamos, 1999, S. 31-32).

Allergische Erkrankungen

Die Werte für Heuschnupfen schwanken zwischen 10,2 bis 13,5%, für Nahrungsmittelallergien zwi-

schen 5,5 bis 7,1% und für allergischen Hautausschlag zwischen 12 bis 14,7% (Hoepner-Stamos, 1999, S. 33,34).

Epilepsie

Die Prävalenzraten liegen um 1% für alle Altersgruppen gemeinsam (Hoepner-Stamos, 1999, S. 26, 27).

Diabetes

Die Prävalenzraten liegen zwischen 0,1 und 0,25%. Die Häufigkeit hat in den letzten 25 Jahren um 50 bis 100% zugenommen (Hoepner-Stamos, 1999, S. 26).

Kreislauferkrankungen

treten bei 0,04 bis 0,06 % aller Kinder auf (Hoepner-Stamos, 1999, 25).

Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Binde- und Stützgewebes

Rund 5% der Kinder und Jugendlichen sind hiervon betroffen (Hurrelmann, 2000, S. 15).

Angststörungen

Eine repräsentative Stichprobe von 826 achtjährigen Schülern in Dresden kam zu dem Ergebnis, dass 9,5% an Angststörungen litten. Bei rund 20% der 14- bis 18-jährigen Gymnasiasten wurden Angst- und depressive Störungen von klinischer Relevanz ermittelt (Z.f.Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3, 2000, S. 205; 4, 2000, S. 271).

Zwangsstörungen

Rund 2% der Jugendlichen sind von Zwangserkrankungen betroffen. Die häufigsten Zwangshandlungen sind Waschroutine und Kontrollzwänge (Remschmidt, 2000, S. 222,223).

Magersucht, Bulimie

Bei den 14- bis 24-jährigen Frauen liegt die Prävalenzrate für Magersucht bei 0,3 bis 1%. Ein erster Altersgipfel liegt bei 14 Jahren. An Bulimie leiden rund 2 bis 3% der Mädchen und jungen Frauen (Remschmidt, 2000, S. 244, 245).

Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz

Was ist los mit unseren Kindern in Deutschland?

Alle sind sich einig: Psychosomatische Störungen haben zugenommen

Allergien

Diabetes

Die Prävalenzrate für Kinder und Jugendliche liegt zwischen 2 bis 8%. Jugendliche sind häufiger betroffen als Kinder, Jungen mehr als Mädchen (Remschmidt, 2000, S. 279).

Schizophrene Störungen

Bei Kindern liegt die Prävalenzrate bei rund 1 bis 3%, bei Jugendlichen bei 2 bis 3%. Rund 4% aller Schizophrenen treten vor dem 14. Lebensjahr auf, 10% zwischen 14 und 20 Jahren (Remschmidt, 2000, S. 183).

Suizidversuche/Suizide

Bei den Suizidversuchen liegt die Rate für weibliche Jugendliche bei 376:100 000, die für männliche bei 127:100 000. Bei den Suiziden ist das Verhältnis umgekehrt: Die Rate für weibliche Jugendliche liegt bei 3: 100 000, die für männliche bei 9: 100 000 (Klosinski, 1999, S. 61, 62).

Hyperkinetische Störungen

Rund 3% der Kinder im Grundschulalter sind betroffen. Jungen sind drei- bis sechsmal häufiger vertreten (Remschmidt, 2000, S.144).

Die Aussagefähigkeit von Prävalenzraten, die in den Medien oft mit Hinweisen auf ein Fehlverhalten von Eltern und Lehrkräften verbreitet werden, ist sehr begrenzt. Die kann Lehrkräften nur eine erste grobe Orientierung vermitteln.

Aussagen über Prävalenzraten stützen sich in der Regel auf Diagnosekriterien, die in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurden. Ob eine bestimmte Krankheit vorliegt, hängt jedoch auch von den Einstellungen und Bewertungen des einzelnen Arztes ab - u.a. seinem Krankheitsbegriff und der Verwendung bestimmter Unter-

Ob eine Krankheit vorliegt, hängt auch von Einstellungen des Arztes ab

suchungsmethoden. Das Ergebnis kann höchst unterschiedlich ausfallen, je nachdem wie das Anamnesegespräch zwischen Ärztin und Kind gestaltet und ob ein Gespräch mit Eltern bzw. anderen Bezugspersonen durchgeführt wurde. Das

Ergebnis wird davon beeinflusst, ob Eltern- und Kinderfragenbögen, teilstrukturierte Interviews von Eltern und Kindern, qualitative non-verbale Tests oder Selbstberichte von Kindern und Jugendlichen die Grundlage bildeten. Die für die Untersuchung zur Verfügung stehende Zeit, die Qualifikation der Untersuchenden sowie der Beobachtungszeitraum für die endgültige Diagnose spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Die Prävalenzraten variieren erheblich. Dazu einige Beispiele:

Die Raten für Heuschnup-

fen variieren zwischen 10,2% und 13,5%. für Nahrungsmittelallergien zwischen 12% bis 14,7%. Für Störungen des Sozialverhaltens werden Prävalenzraten zwischen 2 und 8%, für schizophrene Störungen zwischen 1 und 3% und für Magersucht im Alter von 14-24 Jahren zwischen 0,3 und 1% angegeben.

Es wundert nicht, dass gerade bei den Störungen des Sozialverhaltens Abweichungen von bis zu 400% festzustellen sind. Hier spielen Einstellungen und die persönliche Lebensgeschichte der Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle.

Zur Bedeutung von Einstellungen bei der

Entwicklung von Diagnosekriterien und den damit verbundenen Aussagen über das Vorliegen einer Krankheit und ihrer Heilung folgendes Beispiel:

Poustka & Lambo haben zum Klassifikationsschema des ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) ein "Kurzglossar: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände" mit einer Kodierungsvorlage entwickelt.

Prävalenzraten variieren erheblich

Der Oberkategorie "8. Chronische, zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit" sind die Unterkategorien "8.0 Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern", "8.1. Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder" und "8.2. Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation" zugeordnet.

Zur Kategorie "8.1. Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder" ist anzukreuzen:

"a. Grundlose Tendenz, das Kind für Probleme der Schule verantwortlich zu machen

b. Wiederholte Kritik mit Abwertung des Kindes oder Erwartung von Fehlhandlungen

c. Allgemeine Tendenz des Zuschreibens negativer Eigenschaften

d. Herumhacken auf dem Kind bei schlechter Laune des Erwachsenen

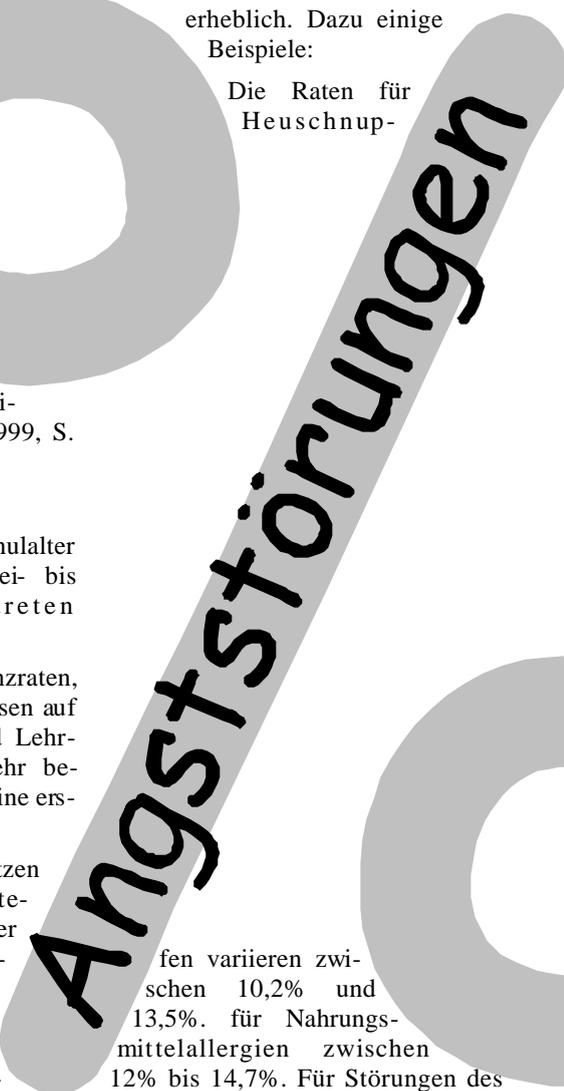
e. Unfaire Behandlung im Vergleich mit anderen in der Schule/

Arbeitssituation oder Mangel bei der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse"

(Handlungen müssen spezifisch auf das Kind als Person bezogen werden, durchgängig und eindeutig sein) (Poustka & Goor-Lambo, 2000, 265, 266)

Ärztinnen und Ärzte müssen bei der Vergabe ihrer Kreuze wie folgt unterscheiden: trifft sicher zu; zutreffend, aber mit nicht ausreichendem Schweregrad; nicht zutreffend, normal; logisch nicht möglich; unbekannt, mangelnde Information.

Zu fragen ist, wie exakt solche Items zu



beantworten sind. Was verstehen die Befragten z.B. unter "Herumhacken" oder "unfaire Behandlung"?

Zu fragen ist weiterhin, warum gerade nach der allgemeinen Unruhe in der Schule gefragt wird und nicht auch nach einer Teilnahmslosigkeit am Unterrichtsgeschehen, einem Rückzug bei Pausenaktivitäten oder Angst vor dem Lernen in der Gruppe. Erfolgt hier bereits bei der Konzeptentwicklung eine Lenkung durch den "Zeitgeist Hyperaktivität"?

Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen stützen sich vorwiegend auf hochstrukturierte Interviews und Fragebögen mit Skalen u.a. die Child Behavior Checklist (CBCL) mit einem Elternfragebogen über das Verhalten

Lenkung durch den „Zeitgeist Hyperaktivität“?

von 418 jährigen Kindern und Jugendlichen mit 113 Items; einem Lehrerfragebogen mit 113 Items und einem Fragenbogen für Jugendliche mit 112 Items. Das für die Beantwortung notwendige Ankreuzen, bei dem zwischen drei Kategorien auszuwählen ist, verzichtet auf den therapeutischen Dialog. Lebenspraxis und Leidensdruck geraten aus dem Blick.

Becker & Koch sprechen im Hinblick auf solche Fragebögen von einem "Karneval der Items". *"Irgendwie erinnert dieses Vorgehen an die Tätigkeit eines Botanikers, der die im Feld gesammelten Exemplare anhand ihrer Merkmale den Kategorien der klassifikatorischen Pflanzenordnung zuweist"* (Becker & Koch, 1999, 10).

Einen weiteren Aspekt bei der Bewertung medizinischer Untersuchungen bildet die starke finanzielle Beteiligung der Pharmaindustrie an medizinischen Forschungsprojekten. Ein Beispiel aus jüngster Zeit bilden die Aktivitäten des Pharmakonzerns Lilly in Sachen ADS. Lilly gründete über eine PR-Agentur im April 2001 in Hamburg einen "Arbeitskreis ADS/ADHS", an dem sich Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Hamburg, Vertreter der Behörde für Schule, Lehrkräfte und Eltern beteiligten. Weitere Arbeitskreise sollen bundesweit etabliert werden. Lilly sponserte DM 150 000, u.a. für den Aufbau eines Netzwerkes und eines Symposiums für Beratungslehrkräfte um *"der eklatanten medizinischen Unterversorgung entgegenzuwirken"*. Ärzte und Eltern sollen auf Fragebögen zur Krankengeschichte ihrer

Kinder bzw. Klienten befragt werden. Die Vertreter der Hamburger Schulbehörde zogen im August 2001 ihre Mitarbeit erst zurück als klar wurde, dass Lilly an einem neuen Medikament für hyperaktive Kinder arbeitet - einem künftigen Konkurrenzprodukt zu Ritalin (Hamburger Abendblatt vom 30.8.2001).

Es braucht nicht viel Phantasie, sich die Auswirkungen solcher Aktivitäten auf künftige Prävalenzraten zur Hyperaktivität von Kindern und Jugendlichen vorzustellen.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang ein Bericht der Frankfurter Rundschau über die zunehmende Fragwürdigkeit von Untersuchungen im Bereich des Pharma-Marktes:

"Herausgeber führender Medizin-Zeitschriften sehen durch den wachsenden Konkurrenzdruck auf dem Pharma-Markt der Manipulation von Medikamenten-Tests Tür und Tor geöffnet. Negative Ergebnisse würden unterdrückt, Studien geschönt, heisst es in der jetzt veröffentlichten Erklärung. Ein Dutzend Herausgeber aus der ganzen Welt verpflichten sich daher, das Zustandekommen von Studien vor ihrer Veröffentlichung genau zu überprüfen." (Frankfurter Rundschau vom 11.9.2001)

Konsequenzen für Lehrkräfte

Die Aussagefähigkeit von Prävalenzraten ist für Lehrkräfte nur begrenzt wichtig. Die Ergebnisse von ärztlichen Diagnosen - sogenannten objektiven Diagnosen - können sich vom subjektiven Krankheitserleben der Kinder und Jugendlichen erheblich unterscheiden. Für Lehrkräfte ist vor allem das subjektive Krankheitserleben von Interesse.

Der Umgang mit kranken Schülerinnen und Schülern wird beeinflusst durch subjektive Erfahrungen und Erlebnisse sowie bewusste und unbewusste Bilder, Vorstellungen und Fantasien der Lehrkräfte selbst. Eine entsprechende Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion ist ein notwendiger Be-

standteil pädagogischer Professionalität.

Die Beziehungen von Krankheit und Bildungsstatus, Schulbesuch, sozialer Schicht, Armut, Erwerbslosigkeit, nationaler Herkunft sowie Geschlecht - vorrangig oder ausschließlich in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen zu finden - sind für Schuladministration und Lehrkräfte von besonderem Interesse.

Prof. Dr. Renate Harter-Meyer, Universität Hamburg, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Hamburg

Literatur

- Becker, Peter & Koch, Josef (1999). Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, München
- Frankfurter Rundschau vom 11.9.2001
- Hamburger Abendblatt vom 30.8.2001
- Hoepfner-Stamos, Friederike (1999). Chronische Erkrankungen im Jugendalter, München
- Poustka, Fritz & Goor-Lambor, Gera (2000). Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie, Göttingen
- Hurrelmann, Klaus (2000). Gesundheitssoziologie, München
- Remschmidt, Helmut (Hrsg.) (2000). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung, Stuttgart
- Stern vom 5.7.2001

Viele Schulen – eine Schülerzeitung

Liebe Leserinnen, liebe Leser, schon lange arbeiten viele Schülerzeitungen an Schulen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an einem gemeinsamen Ziel: Die Menschen „Draußen“ darüber zu informieren, wie es „Drinnein“ aussieht bzw. eben nicht aussieht. Nach dem Motto:

Gemeinsam sind wir noch stärker

entstand auf Initiative der Klapse (Schülerzeitung in der KIJu Düsseldorf) im Sommer 2001 die erste gemeinsame Zeitung, an der sich insgesamt acht Schulen aus dem ganzen Bundesgebiet beteiligten.

Die Arbeit an den Beiträgen für dieses Heft hat allen einen riesigen Spaß gemacht. Auf das Ergebnis sind die Koordinatorin Petra Rohde und die beteiligten Redaktionsteams stolz.

Auch im Jahr 2002 soll eine gemeinsame Zeitung entstehen. Wir möchten Sie dazu aufrufen, sich an dieser Ausgabe zu beteiligen

indem Sie die Redaktionsteams an Ihren Schulen zu einer Mitarbeit ermutigen. Je größer die Beteiligung ist, desto überzeugender sind wir mit unserem Anliegen.

Informationen über Möglichkeiten der Mitarbeit, die Beiträge, Termine, Kosten und Formalia erhalten Sie bei:

**Amélie von Kirchbach
Paul-Martini-Schule, Bonn**

Telefon: 0228 5512684

Fax: 0228 670396

E-mail:

amelie.v.kirchbach@t-online.de

Wir freuen uns über jeden Beitrag und hoffen auf engagierte Mitarbeit!

*Amélie von Kirchbach
Bonn*



Fantasieren im Snoezelen-Raum

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (PK3) des LVR in Essen wurde durch Spendengelder ein Snoezelen-Raum eingerichtet (snoezelen: holl. = entspannen, kuscheln, wohlfühlen). Diesen atmosphärisch angenehmen Raum nutzte ich, um dort einmal anders mit den Schülern zu arbeiten.

In zwei Gruppen mit jeweils drei Schülerpatienten bot ich unter einem aufgemalten Sternenhimmel in kuscheliger Umgebung geleitete Entspannungsübungen an. Als Anker dienten - nach Rücksprache mit den Therapeuten - von mir ausgewählte Fantasiereisen.

Die Fantasiereisen begannen immer mit dem gleichen Entspannungs-ritual. Einige Fantasiereisen habe ich nach einer Woche wiederholt.

Wie unterschiedlich die imaginären Bil-

der sein können, schrieb ein 11-jähriger Schüler auf: „Ich habe in der letzten Entspannungübung für mich eine sehr interessante Entdeckung gemacht. Herr Persie erzählte uns die gleiche Traumreise/Entspannungsgeschichte wie das letzte Mal. Doch nur aufgrund einiger neuer Ereignisse, Gedanken und Erlebnisse, die ich innerhalb einer Woche erleben durfte, sah die Traumreise bildlich vor meinen geschlossenen Augen beim zweiten Mal ganz anders aus. Das fand ich sehr interessant“.

Lit.: Günter Harnisch, Wie Kinder innerlich zur Ruhe kommen; Herder 1998

*Johannes Persie,
Ruhrlandschule Essen*



Schülerbetriebspraktikum

Zweimal in jedem Schuljahr absolvieren die Schüler/innen an der Schule für Kranke in Düsseldorf ein zweiwöchiges Schülerbetriebspraktikum.

Das Praktikum ist für alle Jugendlichen, die mindestens 14 Jahre alt und „schul-fähig“ sind eine schulische Pflichtveranstaltung.

Es gibt grundsätzlich zwei Alternativen.

Für die Schüler, die noch einen beschützten Rahmen brauchen, gibt es Praktikumsangebote innerhalb des Klinikgeländes: Gärtnerei, Elektrowerkstatt, Holzwerkstatt, Küche, Arbeitstherapie, Maurerei ...

Hier arbeiten die Schüler mit erfahrenen Klinikmitarbeitern der Arbeitstherapie oder mit Klinikhandwerkern zusammen. Die Arbeitszeit ist nicht so umfangreich. Die Anforderungen sind zuerst patientenorientiert dann wirtschaftlich.

Die meisten Schüler machen ihr Praktikum jedoch in Betrieben außerhalb der Klinik. Jeder Praktikant erhält von der Schule die Chance, seinen schulischen Voraussetzungen, Interessen und Möglichkeiten entsprechend einen Praktikumsplatz zu realisieren.

Entsprechend breit ist die Auswahl der Betriebe: Buchhandel, Computerfachhandel und Werkstätten, Teeladen, Zeitungsredaktion, Gärtnereibetrieb, Altersheim, Kfz.-Werkstatt, Frisör, Krankenhaus, Reiterhof, Altentagesstätte, Stadtbücherei, Kindergarten, Naturkostgeschäft, Bäckerei, Computerhandel, Fahrradladen, Reisebüro, Tierarztpraxis, Tierheim, Arzt- und Zahnarztpraxis, Blumenhändler, Zahnlabor, Architekturbüro, Malerwerkstatt, Schreinerei, Baumarkt, Zoogeschäft, Fotolabor ...

Durch die individuelle Auswahl ermöglicht die Schule eine personenzentrierte, selbstbestimmte Erfahrung außerhalb des schulischen und klinischen Schonraumes. Dies dient der Realitätsprüfung. Hier können Schüler vielfältig ihre Fähigkeiten, ihre Kommunikationsfähigkeit, ihre Belastbarkeit, ihre Berufstauglichkeit erfahren, aber auch ihre Vorstellungen vom Arbeitsleben überprüfen und Arbeitsplätze kennenlernen. Arbeitsverhalten, manuelle Fähigkeiten, Selbständigkeit, Leistungsbereitschaft, Durchhaltevermögen

und Pünktlichkeit werden erprobt und nach dem Praktikum im Praktikumsbericht reflektiert.

Die Erfahrungen sind so vielfältig wie die Schülerpersönlichkeiten. Nicht immer sind sie geradlinig. Manche finden ihren späteren Ausbildungsplatz, andere die Erkenntnis, dass kleine Kinder im Kindergarten nicht nur süß, sondern auch sehr fordernd sind.

Auch das gibt es: „Vor dem Praktikum wollte ich nicht, dass die Lehrer mich besuchen kommen (im Praktikumsbetrieb),

doch hinterher hoffte ich nur so, dass sie kommen.“ Lehrer können hier als Partner neu erfahren werden, schulisches Lernen kann wieder als wichtige Perspektive erkannt werden. Diese Erfahrung ist besonders bei schulmüden Patienten immer wieder motivierend. Für Patienten, die längere Zeit in der Klinik verbleiben, wird zudem meist durch mehrere Praktika ein persönlicher Entwicklungsfortschritt sichtbar.

In der Regel werden im Praktikum die gesunden Anteile der Schülerpersönlichkeit gestärkt. Gleichzeitig können Defizite und Grenzen deutlicher wahrgenommen werden. So erlebt die magersüchtige Praktikantin auf dem Reiterhof die Notwendigkeit der Kraftaufnahme durch Nahrung. Der sozialdesorientierte Schüler muß sich mit seiner Rolle in der Betriebshierarchie auseinandersetzen. Diese außerschulischen, außerklinischen Wahrnehmungen ihrer persönlichen Probleme helfen den Schülern oft, die Notwendigkeit der Behandlung erneut zu reflektieren und zu intensivieren.

Neben der Schule wird der Praktikant von Ärzten, Therapeuten und Mitarbeitern der Klinik begleitet. Mit ihrer Unterstützung können Ängste und Krisen aus einem anderen Blickwinkel reflektiert und Schüler psychologisch gestärkt werden. Hier bietet der Klinikaufenthalt manche Vorteile: in Gesprächen zwischen Schule und Klinik werden die einzelnen Praktikumserfahrungen der Schüler besprochen. Bei Bedarf ist Unterstützung gesichert. Hinzu kommen die auch während der Praktikumszeit stattfindenden Therapien. Hier ist ein hohes Maß an terminlicher Abstimmung von Schule, Klinik und Betrieb notwendig.

Die Lehrer besuchen die Praktikanten, die im Klinikgelände Praktikum machen täglich, die anderen mehrfach in der Woche, je nach Bedarf mal mehr, mal weniger.

Es ist oft erstaunlich, was Schüler im Praktikum leisten, und zu erleben, wie liebevoll manchmal schwierige Schüler



Spielzeugmontage unter Anleitung von Ergotherapeuten auf dem Klinikgelände



Praktikum in einem Hundesalon

alte Menschen versorgen, qualifiziert mit Technik umgehen, zäh und erfolgreich ihren Wunschpraktikumsberuf selbst organisieren.

Egal ob Sonderschüler, Hauptschüler, Realschüler oder Gymnasiast, alle erleben sich in der gemeinsamen Praktikumsituation. Dies führt auch zu gegenseitigem Respekt und Verständnis der Schüler untereinander, wie es sonst keine Sozialkunde vermitteln könnte. Weiterhin fördert es die Schulgemeinschaft in der Zeit nach dem Praktikum.

Leider gibt es auch Vorurteile gegenüber Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, was die Suche nach Praktikumsplätzen manchmal schwierig macht. Öffentliche Aufklärung ist notwendig und hilfreich. Nicht zufällig finden unsere Schüler dort am leichtesten einen Platz, wo man sie oder die KJP kennt. Wir finden viele Praktikumsplätze im Stadtteil der Klinik, was zum großen Teil auf unsere Schülerzeitung zurückgeführt werden kann. Im Bekanntenkreis von Verwandten und Freunden der Schüler, Lehrern und Mitarbeitern der Klinik wird ein weiterer Teil der Plätze vermittelt. Doch auch andere vorurteilsfreie Unternehmer gehören zu unseren Stützen.

Dies ist weiterhin

Praktikum S-Bericht

... Die Leute waren eigentlich total nett. Mein Chef hat mir immer geholfen, wenn ich Fragen hatte oder wenn es Probleme mit den anderen Arbeitern gab. Am Anfang haben mich ein paar von den Arbeitern immer angemacht und belästigt. Ich wollte gar nicht mehr dort hingehen. Aber ich habe mit dem Chef (Herrn Calaminus) darüber geredet. Ich hatte den Eindruck, dass die Personen am anderen Tag gar nicht mehr mit mir reden wollten. Später haben sie gemerkt, dass sie bestimmte Regeln einhalten und den Umgang mit anderen angemessener gestalten müssen – besonders mit mir als Praktikantin. Bis auf diesen Vorfall waren die Leute sehr nett und hilfsbereit.

Insgesamt hat mir das Praktikum gut gefallen. Gegen Ende habe ich gemerkt, dass es mir richtig gut getan hat und ich oft viel ausgelassener als sonst war.

Deshalb möchte ich dort weiter arbeiten. Ich habe mir gedacht, mindestens zweimal in der Woche nachmittags, mehr nicht, da ich ja auch meine Therapie noch machen möchte.

Aus: Mein Schulpraktikum in der Arbeitstherapie – Spielzeugmontage, Carmen, 15; in: K LAPSE Nr.17, S. 34, Sommer 1999

besonders wichtig, wenn Schüler in Krisen geraten oder nicht ausreichend sozialfähig sind. Hier haben sich manche Firmen schon zu „Profis“ entwickelt. Wenn z.B. eine Firma den dritten Praktikumsabbruch erlebt und immer noch Schülerbetriebspraktika für unsere Schüler anbietet, ist das meist

auch das Ergebnis eines positiven, ehrlichen Erfahrungsaustausches von Schule und Betrieb Zeichen einer sozial verantwortlichen Haltung des Unternehmens.

Die Mehrzahl der Praktika verlaufen erfolgreich. Die Leistungen in der Arbeitswelt unterscheiden sich dann trotz oder auch wegen des Klinikaufenthaltes nicht von denen der Schülerpraktikanten der Regelschulen. In Zeiten, wo der Klinikaufenthalt immer kürzer wird, ist das Schülerbetriebspraktikum auch ein Stück Kontinuität im allgemeinen Schulleben unseres Schulsystems. Das Praktikum ist ein Beitrag, Mut zu sich selber zu entwickeln und neue Antriebe durch positive Erfahrungen zu erhalten.

Reiner Rotthaus,
Düsseldorf

Praktikum S-Bericht

Mein erstes Praktikum sollte etwas ganz besonderes sein. Ich entschied mich für eine Kindertagesstätte. Meinen Praktikumsplatz habe ich mir völlig selbst gesucht, ...

Ich habe nicht damit gerechnet, dass ich so einen guten Draht zu den Kids bekommen würde und mit ihnen umgehen kann.

Mit der Leiterin und den anderen bin ich ebenfalls ganz gut zurecht gekommen, obwohl ich dazu noch sagen muss, dass ich mir meiner Sache ziemlich unsicher war, weil die Leiterin mich sehr skeptisch beobachtete. Es war halt auch eine große Umstellung, sich im sprachlichen sehr diszipliniert zu verhalten.

Es ist ja nicht gerade angebracht in der Gegenwart von Kindern Kraftausdrücke zu gebrauchen und/oder zu fluchen. Auch wenn ich nur wenige Tage Praktikum gemacht habe, weiß ich jetzt endlich, dass ich keine Erzieherin für Kinder werden möchte, sondern mir ein anderes Arbeitsfeld ausgucken möchte/werde. Jetzt weiß ich auf jeden Fall, wo ich später nicht arbeiten werde, obwohl es mir trotzdem gefallen hat.

Aus: Mein erstes Praktikum, Nadja, 17; in: K LAPSE Nr.15, S. 30, Sommer 1998

Kooperation ist alles

Abbau von Vorurteilen und Ängsten: Zusammenarbeit mit Gymnasien sollte eine Herausforderung für Lehrer an Schulen für Kranke sein

Im Rahmen meiner Mitarbeit am Forschungsprojekt von Prof. Dr. Renate Harter-Meyer (Fachbereich Erziehungswissenschaft – Universität Hamburg) zum Thema: "Unterricht mit psychisch kranken Schülerinnen und Schülern" erfuhr ich, dass der Umgang mit psychisch erkrankten Schülern / Schülerinnen für Gymnasiallehrkräfte oftmals besonders schwierig zu sein scheint. Dieser

Eindruck bestätigte sich auch in vielen Gesprächen mit Lehrkräften an Schulen für Kranke an Kinder- und Jugendpsychiatrien, die über besondere Kooperationsprobleme mit Gymnasiallehrkräften klagten. Dieser Beitrag soll einen ersten Eindruck von der besonderen Situation der Gymnasiallehrkräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Schülern / Schülerinnen vermitteln und so zu einem

besseren Verständnis der Kooperationspartner/innen an den Gymnasien beitragen.

Zur aktuellen Situation der Gymnasiallehrkräfte

Es ist Ihnen sicherlich nicht entgangen, dass das Gymnasium als Schulform in den letzten Jahren ständig im Blickpunkt öffentlicher Kritik stand: Die Leistungen, Fähigkeiten und Kenntnisse der Schülerschaft seien im internationalen Vergleich mangelhaft, die Wirtschaft bemängelt die Berufsfähigkeit und die Universitäten die Studienfähigkeit der Abiturientinnen und Abiturienten. Konservative Bildungstheoretiker/innen forderten sogleich, das Gymnasium müsse sich wieder stärker auf die Vermittlung von Wissen konzentrieren und vor allem von überzogenen Erziehungsansprüchen, z.B. Umwelt- und Friedenserziehung, befreit werden. Selbstverständlich gibt es Gegenargumente und auch gegenläufige Untersuchungsergebnisse. Dennoch gewann der Leistungsaspekt durch diese Diskussion wieder an Priorität – was freilich nicht ausschließlich negativ zu bewerten ist.

Problematisch ist jedoch, dass die sich gerade erst entwickelnde "Pädagogisierung" der Gymnasien – Projektunterricht, Methodenvielfalt, Elternarbeit – von den Kritiker/innen als verfehlte Entwicklung dargestellt wird, die es rückgängig zu machen gilt. Eine verbesserte pädagogische Ausbildung der Gymnasiallehrkräfte wird von ihnen ohnehin nicht

als

für eine soziale, demokratische Gesellschaft als Bürger/in auch engagieren zu müssen, läuft – wie ich finde – in die Leere, wenn die Schüler/innen in der Schule nicht erfahren können, dass sich die Lehrkräfte nicht über ihre Schülerrolle hinaus für sie interessieren.

Gymnasiallehrkräfte und Gymnasien, die sich um eine pädagogische Schulentwicklung bemühen, sehen sich heute zwischen den Anforderungen der Wissensgesell-

schaft und den pädagogischen Zielsetzungen hin und her gerissen und unter dem Druck messbare Erfolge vorzuweisen. Viele fühlen sich angesichts der wachsenden Stofffülle und wachsender Leistungsanforderungen schon so ausgelastet, dass sie das Gefühl haben,

keine Zeit mehr für Schülergespräche und Elternarbeit oder außerschulische Kooperation aufbringen zu können.

Gymnasialschüler/innen in der Kinder- und Jugend-

psychiatrie – vom

Dilemma der Gymnasiallehrkräfte

Gerade am Beispiel psychisch erkrankter Gymnasialschüler/innen wird das Dilemma der Lehrkräfte deutlich:

- ? Unsicherheit im Umgang mit eigenen Emotionen, aber auch denen der Mitschüler/innen,
- ? Einzelkämpfertum,
- ? fehlende Kenntnisse möglicher Ansprechpartner/innen, z.B. der Lehrkräfte der Schulen für Kranke,
- ? Hilflosigkeit,
- ? Ängste, sich in private Angelegenheiten einzumischen – die an Gymnasien besonders groß sind
- ? fehlende Angebote zur Supervision, und ungeklärte Fragen nach den Grenzen der schulischen Erziehung stehen in einer solchen Situation einer zielgerichteten, pädagogisch begründbaren und reflektierten Reaktion oftmals im Weg.

Auf der anderen Seite sind die Lehrkräfte oftmals betroffen, haben Schuldgefühle, die Erkrankung nicht früher erkannt zu



notwendig erachtet. Aus meiner Sicht wird der Rückgriff auf Bilder von Gymnasiallehrkräften als Wissensvermittler/innen und einer strebsamen, stets gleichermaßen leistungsfähigen Schülerschaft weder den Bildungszielen unserer Zeit noch der Realität an unseren Gymnasien gerecht.

Die Vorstellung, alle Schüler/innen seien immer gleich aufnahme- und leistungsfähig, ist nicht nur angesichts der Erkenntnisse der Entwicklungs-, Lern- und Motivationspsychologie, sondern auch angesichts der Lebenswelt der Schüler/innen offensichtlich eine Utopie – und sie ist nach meiner Auffassung schon immer utopisch gewesen. Die Förderung der Gymnasialschüler/innen erfordert nach meiner Auffassung also bereits im Hinblick auf die Wissensvermittlung mehr als einen Frontalunterricht nach klassischem Schema, auch wenn dieser noch so zeiter sparend erscheint.

Darüber hinaus kann die Vermittlung von Wissen allein die Bildungsziele der Schulen aus meiner Sicht nicht gewährleisten: Das Wissen um die Notwendigkeit, sich

haben oder haben Angst vor Rückfällen. Einige blocken ab, andere stürzen sich in eine Helferrolle, die weit über die Aufgaben und Kompetenzen der Lehrkräfte hinaus geht und schnell überfordert.

Das wenige Gymnasiallehrkräfte und Gymnasien über pädagogische Konzepte verfügen mit solchen Situationen umzugehen ist, angesichts der geringen Anteile pädagogischer Studieninhalte in ihrem Studium, nicht verwunderlich. Die Tabuisierung psychischer Erkrankungen trägt ebenfalls dazu bei. Da jedoch psychische Krisen zum Jugendalter, zum Erwachsenwerden, ja zum menschlichen Leben überhaupt dazu gehören, wäre eine Verbesserung der pädagogischen Ausbildung der Gymnasiallehrkräfte, z.B. im Hinblick auf Entwicklungs- und Lernpsychologie, dringend erforderlich. Sie würde sich sicherlich positiv auf die dringend nötige Kooperation aber auch auf die Gesundheit und (Berufs-) Zufriedenheit der Schüler/innen und Lehrkräfte auswirken und zur Erreichung der Bildungsziele der Gymnasien beitragen.

Der Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein Tabu-Thema
Nur wenige Kollegien an Gymnasien haben bisher pädagogische Konzepte für den Umgang mit psychischen Erkrankungen einer Schülerin / eines Schülers. Das liegt zum Teil an der Vorstellung, psychische Erkrankungen kämen bei Gymnasialschülern/-schülerinnen so gut wie nie vor, aber auch daran, dass psychische Krankheit in unserer Gesellschaft generell ein Tabu-Thema ist. Deshalb werden in vielen Fällen nur wenige Lehrkräfte über die psychische Erkrankung der Schülerin / des Schülers überhaupt informiert. Der Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nicht selten als "normaler" Krankenhausaufenthalt verschleiert. Eltern oder Schüler/innen fordern zum Teil aus Furcht vor Stigmatisierung Geheimhaltung, womit sie nicht nur die Schüler/innen, sondern auch die Lehrkräfte in eine schwierige und belastende Situation bringen. Die wünschenswerte Kontaktpflege der Schülerinnen und Schüler während des Klinikaufenthalts ist dann von vorne herein nicht möglich – sie scheitert jedoch auch häufig an den Ängsten und Fantasien der Lehrkräfte und Mitschüler/innen vor der Psychiatrie, die nur durch persönlichen Kontakt abgebaut werden könnten.

Wie könnten die Lehrkräfte der Schulen für Kranke zur Verbesserung der Situation beitragen?

Auf der Seite der Lehrkräfte der Schulen für Kranke würde ich mir pädagogische Konzepte für die Kooperation mit Gymnasiallehrkräfte wünschen und so weit ich weiß, sind diese nicht überall vorhanden. Ich möchte zwei – aus meiner Sicht – wichtige Kooperationsziele ansprechen:

Abbau von Vorurteilen und Ängsten

Ich bin davon überzeugt, dass viele Kooperationsprobleme daher rühren, dass viele Gymnasiallehrkräfte wenig über kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und psychische Erkrankungen informiert sind. Ängste, Fantasien und Vorurteile abzubauen, wäre somit zunächst das wichtigste Ziel – als Basis für eine echte Kooperationsbereitschaft. Ich könnte mir vorstellen, dass die Zusendung der aktuellen Schülerzeitung – die ja in vielen Schulen vorhanden ist – verbunden mit der Einladung, die Schule zu besuchen, eine Möglichkeit wäre, den Lehrkräften einen ersten Eindruck von der Schule und der Schülerschaft zu vermitteln.

Klärung der Rolle der Gymnasiallehrkräfte

Ein weiteres Ziel für die Kooperation zwischen Lehrkräften der Schulen für Kranke und den Gymnasiallehrkräften wäre, die Rolle der Schule im weiteren Genesungsprozess nach dem Klinikaufenthalt zu klären, denn darüber besteht oft die größte Unklarheit und Unsicherheit. Gymnasiallehrkräfte könnten mit Hilfe der Lehrkräfte der Schulen für Kranke in die Lage versetzt werden, sich ein besseres Bild von ihrer Aufgabe hinsichtlich

der weiteren schulischen Förderung ihres Schülers / ihrer Schülerin zu machen. Dabei könnten die Lehrkräfte der Schule für Kranke über ihre Erfahrungen im Umgang mit den betroffenen Schülern und Schülerinnen berichten. Als Experten für den Unterricht mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern könnten sie den Gymnasiallehrkräften wichtige Anregungen und Hilfestellungen geben und dazu beitragen, dass die betroffenen Schülerinnen und Schüler auch nach ihrer Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Schule noch als einen Ort erleben, an dem sie ernst genommen und gefördert werden.

*Monika Weidenbach,
Hamburg*

Literatur zum Weiterlesen

Weidenbach, Monika: Umgang mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen am Gymnasium. In: Harter-Meyer, Renate und Weidenbach, Monika: Bildung und Krankheit – Herausforderungen für Lehrkräfte. LIT Verlag, Münster, erscheint Ende 2001/Anfang 2002, Preis ca. 39,80 DM.

Der Beitrag ist in drei Teile gegliedert:

- I. Das pädagogische Selbstverständnis von Gymnasiallehrkräften
- II. Psychische Erkrankungen im Kindes und Jugendalter
- III. Umgang mit psychisch kranken Schülerinnen und Schülern am Gymnasium

In der Anlage sind die Ergebnisse einer Befragung von Schulen für Kranke an Kinder- und Jugendpsychiatrien zum Anteil der Gymnasialschülerschaft in den Schuljahren 1999/2000 und 1998/1999 abgedruckt. Ich möchte auf diesem Weg noch einmal allen Schulen und Lehrkräften, die mir Datenmaterial zur Verfügung gestellt haben, herzlich danken!

Total durchgeknallt

In dem Buch von M.-L. Knopp und G. Ott beschreiben Jugendliche ihre typischen Probleme und Fachleute stellen Anlaufstellen vor. Es erscheint im März 2002

»Meine Tochter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie konnte das passieren? ... Wie hat das alles angefangen?

Meine Tochter wurde irgendwie ›launisch‹. Mal war sie niedergeschlagen, mal total aufgedreht dann wieder aggressiv. »Die kommt in die Pubertät«, meinten Freundinnen und andere, mit denen ich sprach. Im 7. Schuljahr begannen die ›Schulprobleme‹. ... Immer öfter war ihr morgens ›schlecht‹ – sie hatte Bauchweh usw. Der Arzt konnte nichts finden, also suchte ich Hilfe beim Schulpsychologischen Dienst. Ich bat in der Schule um die Versetzung in die Parallelklasse. Ich sprach mit dem Direktor, dem Klassenlehrer, der Sozialbetreuerin der Schule. Alle erklärten mir, dass meine Tochter unauffällig sei und die von mir gewünschten Maßnahmen nicht erforderlich seien.« *Gunhild Molitor*

Wenn Kinder und Jugendliche aus dem Rahmen fallen, in der Schule auffällig werden, aggressiv nach außen gehen oder sich im Gegenteil nach innen zurückziehen, weil Angst oder Depressionen sie lähmen, erfordert es Mut, sich Hilfe zu holen und auch Ausdauer, bis man den richtigen Ansprechpartner gefunden hat. In diesem Buch beschreiben Jugendliche ihre typische Probleme und stellen Fachleute mögliche Anlaufstellen vor. Kurze Beschreibungen der häufigsten Störungsbilder und gängigen therapeutischen und institutionellen Angebote helfen Eltern und Jugendliche bei der Suche nach dem richtigen Weg aus einer psychischen Krise.

Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis

I Hilfe suchen: wann und wo?

- ? Hilfe für meine Tochter und für mich
- ? Risiko- und Schutzfaktoren: Ab wann ist Hilfe nötig
- ? Der Hausarzt als Anlaufstelle
- ? Die Arbeit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin
- ? Die Arbeit des Deutschen Kinderschutzbundes
- ? Die Telefonseelsorge
- ? Die Drogenberatung
- ? Die Jugendberatung
- ? Die Mädchenberatungsstelle



- ? Haben Eltern immer recht? Hilfen zur Erziehung schwieriger Kinder

II. Typische Probleme

- Die Reise durch den Diagnosen-Dschungel
- ? Diagnosen – nicht nur fiktive Fragen von Eltern an eine Ärztin
- ? Suizidversuche
- Erlösung durch den Tod
- Gedanken eines Vater
- ? Ängste und Phobien
- Wenn Angst zur Krankheit wird
- ? Depressionen
- Ich komme nicht unter meiner Bettdecke hervor
- ? Von Schlafliedern, magischen Kräften und Schnürsenkeln
- Ein etwas eigenartiger Typ
- ? Sexueller Missbrauch
- Ich verfluche die Weiblichkeit
- ? Drogen und andere Süchte
- Mein schrecklicher Absturz
- ? Ess-Störungen
- Ein Tag wie jeder andere

- ? Borderlinestörung – die stabile Instabilität

Ich lebte wie ein Roboter

- ? Sexueller Missbrauch
- ? Psychosen

Meine Tochter und ich

- ? Der Zappel-Philipp - Hyperaktivität
- Der Anruf der Lehrerin kam unerwartet

III: Hilfeangebote

- ? Qualitätsmerkmale und Entscheidungshilfen
- ? Einzel und Gruppentherapie
- ? Kunst-, Bewegungs- und Spieltherapie
- ? Entspannungstherapie
- ? Psychopharmakotherapie
- ? Behandlung Traumatisierter
- ? Familientherapie
- ? Eltern-Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ? Tagesklinik
- ? Therapeutische Wohngemeinschaft
- ? Junge Menschen in Gastfamilien
- ? Schule im therapeutischen Kontext

IV. Nach der Therapie

- Therapie, Therapie – verlass mich nie
- ? Entlassungsvorbereitungen
- ? Mit Rückschritten leben
- ? Was können Schulen für die Integration von auffälligen Schülern tun?
- ? Wohnen danach
- ? Adressen
- ? Glossar

Herausgeberinnen

Marie-Luise Knopp, Lehrerin an der Alfred-Adler-Schule Düsseldorf, Mitherausgeberin von »Wenn die Seele überläuft« und »Irrwege, eigene Wege«
 Gudrun Ott, Dr. med., Ärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Rheinischen Landeslinik Düsseldorf

Alfred-Adler-Schule

stellt sich vor

Städtische Schule für Kranke Düsseldorf

Die Alfred-Adler-Schule besteht aus drei Abteilungen. Dies hat sich aus den unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen bei den Krankheitsbildern entwickelt.

- ? **Universitätskliniken:** vorwiegend onkologische und chronische Erkrankungen
- ? **Kindertagesklinik** am Evangelischen Krankenhaus: vorwiegend psychosomatische Erkrankungen
- ? **Kinder- und Jugendpsychiatrie** der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik: vorwiegend neurotische und psychotische Erkrankungen

Die Schule für Kranke hat den Auftrag, Schülerinnen und Schülern, die sich aufgrund einer Erkrankung mindestens 4 Wochen in stationärer bzw. in teilstationärer Behandlung befinden, Unterricht zu erteilen. (Empfehlungen zum Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler der KMK vom 20.03.1998)

Sie ist eine Schule für Schülerinnen und Schüler aller Schulformen – vom Schulkindergarten bis zur Berufsschule.

Der Unterricht orientiert sich an den Richtlinien und Lehrplänen der für den Schüler/die Schülerin zuständigen Schule. Es besteht die Möglichkeit, Zeugnisse und Schulabschlüsse zu vergeben (vgl. Richtlinien für die Schule für Kranke und für den Hausunterricht in NW, 1994).

Die Schülerinnen und Schüler werden je nach ihrer physischen und psychischen Verfassung einzeln oder in Gruppen gefördert. Oftmals werden Schülerinnen und Schüler verschiedener Altersgruppen und Schulformen gemeinsam unterrichtet.

Allen Kindern und Jugendlichen unserer Schule ist gemeinsam, dass sie sich in einer ihre Existenz gefährdenden bzw. gefährlichen Lebenssituation befinden, die sie mit medizinischer, psychologischer sowie pädagogischer Hilfe versuchen zu bewältigen.

Für kranke Kinder und Jugendliche bedeutet Unterricht Alltag und somit ein Stück Normalität in einer besonderen Lebenssituation.

Die Schule für Kranke ist nicht in erster Linie als Nachhilfeort anzusehen, sondern sie trägt durch die „besonderen“ Unterrichtsangebote dazu bei, gesunde Ressourcen zu fördern.

Lebensbedrohlich erkrankte Schülerinnen und Schüler können sich z.B. durch individuell auf sie abgestimmte Unterrichtsinhalte mit der emotionalen Seite ihrer Krankheit auseinandersetzen. Des Weiteren hilft ihnen das Lernen, den Anschluss an die Klassengemeinschaft zu halten.

Für psychisch kranke Schülerinnen und Schüler stellt die Schule ein notwendiges Bewährungsfeld dar, um neu erlernte Einstellungen und Verhaltensweisen zu erproben, als Vorbereitung auf die „Normalität“.

Die Schule für Kranke in Düsseldorf wurde nach dem Begründer der Individualpsychologie Alfred Adler benannt. Ein bedeutendes Werk von ihm heißt „Heilen und Bilden“. In diesem Bereich liegt das Aufgabenfeld der Schule für Kranke: Bildung kann Heilungsprozesse unterstützen, ergänzen und initiieren.

Städtische Schule für Kranke
Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie



**Unterrichtsräume und Verwaltungssitz
der Alfred-Adler-Schule
auf dem Gelände der Uniklinik Düsseldorf**

1. Bauliche Bedingungen

Die KJP besteht aus:

- ? Zwei Akutstationen für Jugendliche mit je 12 Behandlungsplätzen
- ? Einer Akutstation für Kinder mit 8 Behandlungsplätzen
- ? Einer Tagesklinik für Kinder und Jugendliche mit 10 Behandlungsplätzen

Schulgebäude:

Eine Etage, die sich in räumlichen Abstand von allen KJP-Stationen auf dem Klinikgelände befindet.

Räume: vier angemessen große Unterrichtsräume, ein Computerraum, eine

Wochenstunde Belegung der Gymnastikhalle, ein gemeinsamer Raum für Lehrer und Schulverwaltung, ein Lehrmittelraum, ein kleines Besprechungszimmer, ein Magazin, zwei Toiletten und *kein* Schulhof.

Auf den Stationen: kein fester Klassenraum für den Stationsunterricht

2. Unsere Schülerinnen und Schüler

Nach einer kurzen Phase der Diagnostik oder auch während dieser Zeit werden die Schüler/innen bei uns in der Schule angemeldet. Ein Pädagoge der Station (möglichst der „Bezug“ des Kindes oder Jugendlichen) vereinbart zunächst mit uns ein Vorstellungsgespräch, an dem das Kind oder der Jugendliche, ein Lehrer, sowie ein Pädagoge der Station teilnehmen.

Das Kind oder der Jugendliche berichtet selbst über seine Probleme, über seine Erwartungen an die Schule sowie (wenn möglich) über seine schulische Perspektive. Ein Kollege übernimmt nach diesem Gespräch Klassenlehrerfunktion.

Die Kollegen entscheiden gemeinsam, welcher Lerngruppe der Schüler zugeordnet werden kann. Grundlage der Entscheidung sind einmal der Leistungsaspekt, soziale Gründe sowie die Belastbarkeit, die u. a. auch davon abhängt, wie stark der Schüler durch seine Krankheit bzw. durch Medikamente eingeschränkt ist. In diesem Zusammenhang wird evtl. auch über den Unterrichtsort - Schulgebäude oder Stationsunterricht- entschieden.

Fast alle Schüler/innen, die zu uns kommen, hatten massive Probleme in der Schule. Bei den meisten war die Schule sogar der Auslöser für die akute Krisensituation, da die Schule der Lebensbereich ist, in dem oft die Probleme aufbrechen und nicht, wie z.B. in den Familien, nach außen hin vertuscht werden können. Ebenso haben die meisten Schüler/innen eine unrealistische Selbsteinschätzung, angefangen von dem Gefühl, überhaupt nichts wert zu sein, bis hin zu einem völlig überhöhtem Selbstwertgefühl. Die Konfrontation mit der Realität (in der Therapie sowie in unserer Schule) führt häufig zum Rückzug bzw. zur Verweigerung und nicht selten zu aggressiven bzw. autoaggressiven Handlungen

Die Schule ist folglich ein wichtiger Bestandteil des gesamten therapeutischen Konzepts. Wir Lehrer/innen verstehen un-

ser Handeln in diesem Zusammenhang nicht als therapeutischen Unterricht, sondern als Sonderpädagogik in einem klinischen Setting.

3. Unsere Lehrerinnen und Lehrer

So wie die Schülerinnen und Schüler verschiedenen Schultypen zugehörig sind, so sind es auch die Lehrerinnen und Lehrer. Neben Sonderschullehrern sind Fachlehrer der allgemeinen Schulen, oft mit einer zusätzlichen Ausbildung in pädagogisch-therapeutischer Richtung, z.B. nach Alf-

- ? Anzahl der Schüler: ständig schwankend, in den Spitzen bis zu 40.
- ? Alter: 6 bis 20 Jahre, ca. 70% 14 bis 16 Jahre
- ? Geschlecht: Mädchen- und Jungenanteil gleich stark
- ? Schulart: ca. 70% aus der Sekundarstufe I (Hauptschule, Gesamtschule, Realschule, Gymnasium), ca. 30% aus der Grundschule und unterschiedlichen Sonderschulformen
- ? Verweildauer: mehrere Wochen und Monate, in Ausnahmefällen auch länger
- ? Krankheiten: Psychosen, (Zwangs-) Neurosen, (Schul-) Phobien, Depressionen, Suizidalität, Borderlinesyndrom, Hyperaktivität, Eßstörungen, Anfallsleiden...

red Adler, zu finden.

Zum besseren Verständnis der verschiedenen Krankheitsbilder haben sich medizinisch-psychoziale Fortbildungsmaßnahmen als hilfreich erwiesen.

Bedauerlicherweise ist nach den Sommerferien 2001 ein erheblicher Lehrermangel, bedingt durch eine Versetzung und eine längerfristige Erkrankung zu erwarten. Diese personelle Unterbesetzung macht eine Modifizierung des bisherigen pädagogischen Konzeptes erforderlich.

4. Organisation

Die Schüler/innen können zukünftig nur noch in drei statt wie bisher in vier Lerngruppen unterrichtet werden.

Entscheidungskriterien für die Zuweisung

in die einzelnen Lerngruppen sind : Alter, Klasse, Schulform, Schulleistungsstand, soziale Reife, Beziehungen zu Mitschülern, Leistungsfähigkeit (z.B. Einschränkungen durch Medikamente) und die Größe der bestehenden Gruppen. Die Gruppenzugehörigkeit ist nicht starr. Aufgrund der hohen Schülerfluktuation kommt es immer wieder zu Gruppenteilungen oder Zusammenlegungen. Auch persönliche Veränderungen bei Schülern können zu einem Gruppenwechsel für den Schüler führen.

Stark verhaltensauffällige Schüler/innen erhalten in Ausnahmefällen Einzelunterricht.

Des Weiteren findet für alle Schüler/innen, die noch nicht in der Lage sind unsere Schule zu besuchen, Stationsunterricht statt. Dieser kann als Einzelunterricht oder als Gruppenunterricht durchgeführt werden.

5. Pädagogische Bedingungen

5.1 Schaffung eines Schulklimas für psychisch Kranke

In unsere Schule kommen viele Schüler/innen die über einen längeren Zeitraum (manchmal mehrere Jahre) keine Schule besucht haben, viele haben sehr schlechte Erfahrungen mit Schule, Lehrern oder Mitschülern gemacht. Immer wieder ist der Verweis von einer Schule Anlass zur Einweisung in die Psychiatrie.

Fast alle Schüler/innen durchleben während ihrer Psychiatriezeit eine fundamentale Lebensumbruchphase (z.B. Trennung vom Elternhaus). Die intensive Therapie verstärkt die Auseinandersetzung mit sich selbst, so dass viele stark mit sich selbst beschäftigt, in sich zurückgezogen, und extrem leicht verletzbar sind.

Aus diesen Gründen ist ein sicheres vertrauensvolles und ruhiges Schulklima besonders wichtig. Äußere Abläufe müssen

klar strukturiert sein und zuverlässig ablaufen. Individuelle Schonräume im Arbeits- und Sozialbereich müssen nach Bedarf eingeräumt werden. Ebenso müssen angemessene Anforderungen in beiden Bereichen gestellt werden.

Um das notwendige Schulklima zu schaffen, ist die konsequente Einhaltung bestimmter Grenzen unabdingbar (z.B. Tabuisierung von Gewalt). Andererseits darf die Normsetzung nicht zu eng sein, und muß individuell auf einzelne Schüler/innen abgestimmt sein.

5.2 Die Bedeutung von Schulleistungen

Eine verbreitete Auffassung zu diesem Thema lautet: Die armen Kinder und Jugendliche haben so große Probleme zu bewältigen, dass man sie nicht auch noch mit der Bewältigung von Unterrichtsinhalten belasten sollte.

Dies trifft sicher auf manche Patienten vor allem zu Beginn der Behandlung - vorübergehend zu, ist jedoch die Ausnahme. Diese werden von ihren Ärzten für eine begrenzte Zeit vom Unterricht befreit.

In der Schule sollen die Patienten ein Stück „reale Welt“ erleben und auf das Leben in der Wirklichkeit außerhalb der

Klinik vorbereitet werden. Sie sollen auch mit sachbezogenen Anforderungen konfrontiert werden, um ihre Leistungsfähigkeit zu erproben, zu reflektieren und ggf. wieder aufzubauen. Die Auseinandersetzung mit Lerninhalten kann vorübergehend wohltuend von persönlichen Problemen ablenken. Das hat einen Entspannungseffekt und hilft manchmal die notwendige Distanz zum Selbst herzustellen.

Schulische Ziele können eine gute Motivation sein, alte Verhaltensweisen in Frage zu stellen und zu verändern, d.h. sich ernsthafter auf die Therapie einzulassen.

Schulleistungserfolge sind in kleinen Schritten schnell zu erreichen und gut sichtbar, was insgesamt ermutigen und zur Arbeit anspornen kann.

Aus diesen Gründen haben Schulleistungen in der Schule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen recht hohen Stellenwert. Einfühlungsvermögen und diagnostische Wahrnehmungsfähigkeit sind erforderlich, um die sog. „Schulrealität“ individuell angemessen und der Gruppe angepasst darzubieten. Für unsere Schüler/innen ist es besonders wichtig, dass sie unsere Schule und ihre dort erbrachten Leistungen ernst nehmen können.

5.3 Unterrichtsinhalte und Ziele

Da sich alle Schüler/innen in einer psychischen Ausnahmesituation befinden und während ihres Klinikaufenthaltes - bedingt durch die therapeutische Arbeit - viele Veränderungen erleben, soll die schulische Situation durch möglichst gleichbleibende Strukturen Sicherheit und Stabilität bieten.

Die immer kürzere durchschnittliche Verweildauer unserer Schüler/innen und die damit verbundene hohe Fluktuation lassen einen Unterricht nach dem Klassenlehrerprinzip mit gemäßigttem Fachunterricht sinnvoll erscheinen. Die / der Klassenlehrer/in unterrichtet in ihrer/seiner Lerngruppe die Kernfächer Deutsch, Mathematik und sie /er erteilt den individuellen Förderunterricht. Die individuellen Förderpläne werden ebenfalls von der Klassenlehrerin/ dem Klassenlehrer erstellt und in regelmäßigen Abständen evaluiert. Der Englisch- und Sportunterricht findet als Fachunterricht statt. Alle anderen Fächer können aufgrund der angespannten personellen Situation nur als Epochalunterricht angeboten werden.

Da die meisten Schüler/innen einen erhöhten Förderbedarf im Bereich des Lern- und Arbeitsverhaltens sowie des emotio-



Mathematikunterricht in der Abteilung KJP der Alfred-Adler-Schule Düsseldorf

nal-sozialen Verhaltens haben, kommt dem projektorientiertem Arbeiten besondere Bedeutung zu: Motivierende Projekte sollen dazu beitragen, Lernbereitschaft und soziale Fähigkeiten der Schüler/innen anzuregen bzw. wieder herzustellen.

Auch die fachlichen Lernziele sind am individuellen Förderbedarf ausgerichtet und berücksichtigen weitgehend die Anforderungen der Stammschule. Der Unterricht findet in Gruppen statt, die trotz großer Heterogenität, wo es möglich ist, weitgehend an gemeinsamen Inhalten arbeiten. Nur so können die Schüler/innen sich in Situationen erleben, die häufig in der Stammschule zu Schwierigkeiten geführt haben: Konkurrenz, Gruppendruck, Leistungsdruck, Kooperation mit Gleichaltrigen, Vergleich und Bewertung von Leistung.

In Einzelfällen – bei entsprechend langem Aufenthalt – können auch Abschlüsse vergeben werden.

Der Unterricht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordert von den Lehrkräften ein hohes Maß an Flexibilität.

6. Kooperation mit der Klinik

Eine enge Zusammenarbeit mit der Klinik/den Stationen ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Die wöchentlichen Teamgespräche sowie der tägliche telefonische Austausch vor dem Unterricht und auch Schul- oder Krisengespräche bei Bedarf sind ein wesentlicher Teil unserer Arbeit. Die Stationen achten in der Regel darauf, dass der Vormittag für die Schule reserviert ist und nach Möglichkeit von Stationsaktivitäten wie Therapien und sonstigen Terminen freigehalten wird.

Wir bemühen uns auch um die Zusammenarbeit mit Eltern. Ähnlich ist es mit dem Kontakt zu abgebenden bzw. aufnehmenden Schulen. Auch diese Kon-

takte laufen in Abstimmung mit der Klinik.

7. Projekte/Besonderes

Schülerzeitung K LAPSE

Seit zehn Jahren gibt die Schule zweimal im Jahr eine Schülerzeitung heraus, die inzwischen sehr erfolgreich ist und schon mehrfach ausgezeichnet wurde. Die K LAPSE trägt u.a. dazu bei, die oftmals unklaren Vorstellungen über Psychiatrie transparenter zu machen, um damit Vorurteilen entgegenzuwirken.

Anti-Stigma-Gruppe

Die Gruppe setzt sich zusammen aus Schüler/innen des Marie-Curie-Gymnasiums, des Gymnasiums Gerresheim, Mitarbeiter/innen verschiedener Institutionen (Kirche, Schule und Psychiatrie) und wechselnden Schüler/innen unserer Schule. Sie besteht seit über zwei Jahren und betreibt intensive Öffentlichkeitsarbeit.

Zukünftig wird diese Arbeit durch den Verein „Schmetterling e.V. – Verein zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr – durchgeführt.

Zweck des Vereins sind Abbau von Vorurteilen gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die seelisch verletzt wurden, sowie die Förderung zur Aufklärung über Ursachen und Wirkungen psychischer Erkrankungen.

Buchprojekte

In drei Büchern schreiben Schüler/innen über ihre Erfahrungen vor, während und nach der Zeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Hierzu finden Lesungen an Schulen, Universitäten und öffentlichen Einrichtungen in ganz Deutschland statt.

Ein weiteres Buch zu dieser Thematik wird im Frühjahr 2002 erscheinen.

Schülerbetriebspraktika

Zweimal jährlich werden individuelle Praktikumsplätze für Schüler/innen ab vierzehn Jahren für die Dauer von zwei Wochen bereitgestellt. Wir halten die Praktika für unsere Schüler/innen deshalb für wichtig, da sie besonders der Realitätsfindung und Stabilisierung dienen.

Neue Medien im Unterricht

Die Schüler/innen beteiligten sich an den NETD@YS, wobei sie auch eine Auszeichnung erhielten. Sie erstellten außerdem eine Multi-Media-Show.

Formen der Kooperation:

- ? Klinik-Schule-Konferenzen: Ein Stationsmitarbeiter kommt einmal in der Woche zum Teamgespräch in die Schule. Dabei werden gegenseitig Informationen ausgetauscht, Absprachen getroffen und Ziele vereinbart.
- ? Vorstellungsgespräch: ein Mitarbeiter der Station stellt dem voraussichtlichen Klassenlehrer neue Schüler vor.
- ? Schulgespräche können bei Bedarf von Schülern, Lehrern, Stationsmitarbeitern, Eltern, Lehrern der Stammschulen oder anderen mit dem Schüler befaßten Institutionen vereinbart werden. Mögliche Themen sind Schulperspektiven, Sonderabsprachen für den Schulbesuch (z.B. verkürzter Unterricht), Verhalten in der Schule, schulische Ziele etc.
- ? tägliche Telefonate vor Unterrichtsbeginn zum Austausch von aktuellen Informationen.
- ? Telefonbereitschaft während der Unterrichtszeit für noch aktuellere Informationen (z.B. Verschiebung von Therapieterminen)



**So eng ist es heute nicht mehr.
Im Rahmen umfangreichen Umbaumaßnahmen entstanden mehrere große Klassenräume.**

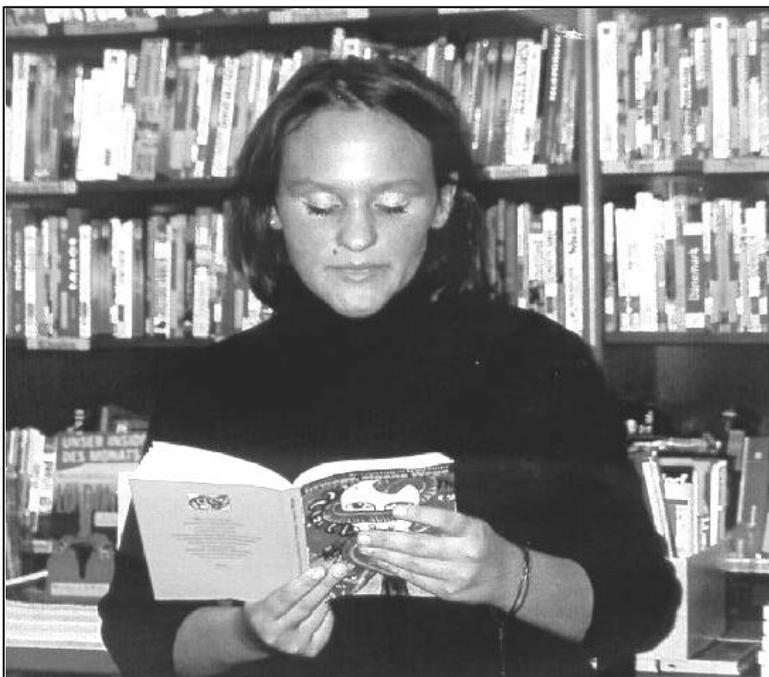
Heilpädagogisches Reiten

Dieses Projekt startete nach den Osterferien 2001. Speziell ausgebildete Sonderschullehrer/innen unterweisen die Schüler/innen im Umgang mit den Pferden. Dabei wird auf den Ausbau der Anlage sowie

später deren Pflege genauso viel Wert gelegt wie auf den Reitunterricht und die Pflege der Tiere.

Ingrid Lebeck

Düsseldorf



Eine ehemalige Schülerin bei einer Lesung des zuletzt erschienenen Buches „Irrwege, eigene Wege“

Es fährt ein Zug...



Wer kennt es nicht, dieses Lied von Christian Anders?

„Nach nirgendwo“ hieß in unserem Falle nach Freiburg.

Alles fing ganz gut an: Treffpunkt Dülkener Bahnhof, alle pünktlich (einschließlich Zug), kein Regen, Stimmung prima.

Bei der ersten Fahrkartenkontrolle nach zwei Minuten erfuhren wir auf nette Art und Weise durch den DB-Zugbegleiter, dass wir bereits schon schwarz gefahren waren (Dülken liegt kurz vor Viersen und die Karten galten erst ab Viersen).

Unser Angebot, etwas von den bereits ausgepackten Würstchen, Gürkchen, Käsewürfeln usw. als alternatives Zahlungsmittel entgegen zu nehmen, lehnte er höflich, aber bestimmt ab. Er wäre nun berechtigt gewesen 5X60 DM als erhöhtes Beförderungsgeld zu verlangen, doch er wünschte uns eine gute Fahrt und verschwand. Wer hätte das gedacht?

„Zug“ig, im Sinne von schnell ging es nun nach Köln. Da Viersen nicht weit von Köln entfernt liegt, wurde noch mit einer gewissen Zurückhaltung das Mitgebrachte probiert. In Stommeln erfuhr die Reisegruppe eine ungeheure Bereicherung durch den Einstieg von Petra, die man allerdings kaum erkennen konnte, da sie sowohl vorne wie hinten einen Rucksack trug, einen Koffer zog und noch einen schweren Karton mit Schülerzeitungen mit sich schlepte. Ab jetzt waren wir zu sechst!

In Köln tauchte nach einem nicht einstudierten, aber durch eine Lautsprecherdurchsage erzwungenen Bahnsteigwechsel, verbunden mit einer zwanzigminütigen Verspätung (Probleme an der Oberleitung) unser IC auf.

Kaum waren die reservierten Plätze um einen schönen großen Tisch herum eingenommen, als ein wildes Kramen in zwei großen Proviantensäcken begann. Was da aus dem Dunkeln auftauchte, ließ die Vermutung aufkommen, wir würden in einem Selbstversorgerheim unterkommen, doch ich war mir ganz sicher, ein Hotel gebucht zu haben. Was da alles ans Tageslicht kam: Croissants, Tomaten, gekochte Eier, Brokkoli- und Kartoffelsalat, Nusskuchen, Joghurt, Käse, Würstchen, geschnittene Möhren, Gurken, Brötchen, Orangensaft, Wasser und natürlich Sekt. Ich hoffe nicht, jetzt irgendeine Köstlichkeit unerwähnt gelassen zu haben.

Alle waren sich einig: Nee, was ist es doch schön, mit dem Zug zu fahren! „Wer möchte noch ein Gürkchen?“ „Kann ich mal ‘ne Tomate haben?“ „Mmmm, die Würstchen sind aber lecker!“ „Ach, wir haben ja auch gekochte Eier!“ So schallte es durch den Waggon.

Wie das Leben so ist. Immer, wenn es am schönsten ist, soll man aufhören. Das jähe Ende dieser Viersener Tafelrunde erfolgte ohne Vorwarnung und Erbarmen: „Alle Fahrgäste müssen sofort den Zug in Bonn Hbf verlassen.“





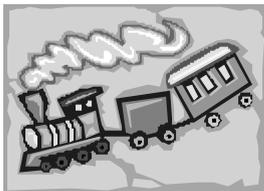
Der Weitertransport erfolgt dann von Bonn-Beuel“, versprach eine anonym bleiben wollende Lautsprecherstimme. Als Begründung erfuhren wir von einem sog. Personenschaden.

Die nun geäußerten Kommentare der Viersener Mädels werden bewusst nicht wiedergegeben. Der Personenschaden schaffte in unserer Reisegruppe eine Problemsituation, die bewältigt werden wollte. Schon verlangsamte sich die Fahrt des Zuges und die gut gefüllten Plastikteller mussten entsorgt werden. Das kalte Büffet verschwand fast ebenso schnell wie es gekommen war. „Is mal wieder jut jejangen“, wie der Rheinländer so sagt.

Nun ging es wieder los. Raus aus dem Zug, die Treppen runter (wären bloß die Proviantstöße nicht so schwer gewesen), die Treppen rauf, auf den Bahnhofsvorplatz. Das ganze Procedere war kein individuelles Problem, sondern wurde mit ca. 1000 Menschen geteilt, die ebenso wie wir vollkommen unerwartet in diese Situation geraten waren, und folglich bildete sich eine Riesenschlange, welche sich drängend zum Ausgang schob. Auf dem Bahnhofsvorplatz war man sich ziemlich selbst überlassen, ein Taxi zu ergattern, um auf die andere Rheinseite zu gelangen. Die DB hatte sich wohl fest vorgenommen, nicht in den Verteilungskampf einzugreifen, (Hey, Sie! Das ist unser Taxi!) um den Fahrgästen vielleicht das Gefühl einer Erlebnisreise zu ermöglichen.



Nach erfolgreichem Kampf, geboren aus der Angst heraus auch noch Stunden später auf dem Bahnhofsvorplatz stehen zu müssen, traf sich unsere Reisegruppe kurzfristig auf dem Bahnhof in Bonn-Beuel wieder, um dann beim Einsteigen in einen anderen Zug wieder durch Menschenmassen getrennt zu werden. Erst nachdem vier Mädels wie eine Karawane durch den vollbesetzten Zug gezogen waren, trafen sie auf die verlorengegangenen Gruppenmitglieder.



Doch die ungebrochene rheinische Mentalität bewältigte auch das und bald hieß es schon wieder: „Wer möchte ein Gürkchen?“

Brigitte Bläsen,

Viersen



Brandflecken als Chance?

Neun Obsessionen während der SchuPs – Tagung
in Freiburg im September 2001



Eins

New York und Washington und

Zwei

Eigentlich wirke ich hin und wieder doch noch ganz lebendig. Etwa wenn ich mich ziemlich sicher durch den Saal bewege und im privaten

Gespräch auch mal einen vollständigen Satz von mir gebe. Aber irgendetwas in mir muss den Feuertod erlitten haben, ausgebrannt, wie ich bin.

Drei

Begleitet von zustimmendem Klatzen und Klopfen hält Herr Polzer eine kluge, beeindruckende Rede. Eher am Rande eine Bemerkung, die auch mit Klopfen bedacht wird. Diesmal scheint die Zustimmung nicht gerade von Begeisterung getrieben, eher von der Einsicht in die Notwendigkeit, die manchmal auch scharfe Schnitte nötig macht: Die Schule für Kranke, so sinngemäß, sei kein Berufsfeld für „ausgebrannte Lehrer“.

Vier

„Kann es sein,“ fragte mich eine Kollegin unauffällig nebenbei, „Kann es sein, dass du jetzt in einer anderen Klasse sein solltest?“

Schnitt

Ein knapper Blick von Rechts auf meine Finger, die beim Protokollieren peinsam krampfen, so dass nur ein kaum lesbares Gekritzel zustande kommt.

Schnitt

Die Ösenhefter wandern durch meine nervösen Hände, die dann doch das Papier dort einordnen, wo es nicht hingehört.

Schnitt

(Keine weiteren Angaben gar zur klinischen Relevanz, weil's mir um sie nicht gehen soll.)

Fünf

Herr Polzer und alle, die oben drüber mit Geschick und rechtem Maß ihre Verantwortung tragen, sie haben natürlich Recht:

Eine Klinikschule, die sich im grandiosen Medizinalsystems behaupten muss, braucht den zupackenden, zugleich empathischen Lehrer.

Einer der die zu fordernde Geistesgegenwart in einem sich entfaltenden Diagnose- und Kompetenzzentrum

nicht aufbringt, schädigt den Ruf, unterstützt das Vorurteil von der Schule für Kranke mit kranken Lehrern. -

Kranke Schüler brauchen fitte Lehrer Punkt

Sechs

„Wie wäre es, Herr Polzer, könnten Sie ein gutes Wort für mich einlegen betreffs meiner vorzeitigen Pensionierung oder würden Sie wenigstens meine Abordnung zum Blumengießen im Oberschulamt befürworten?“

Sieben

Im Hauptstrom gibt es nur das Vor-

wärts.

Krankheit, Irrungen drängen zur Gegenläufigkeit.

Doch ihre Weitungen bleiben unerkannt im Oberflächennebel.

Drum ist die Angst so groß, die eng macht und kränkt, gar den Kabelbrand beschleunigt, über den wir in den vergreisten Kollegien so schallend lachen, während sich die Nackenhaare sträuben.

Acht

Unser Leiden an der Ungleichzeitigkeit, das wir Krankheit nennen, soll manchmal von gezeichneten Kindern überwunden werden, die dann so turbomäßig reifen.

Vielleicht gibt's ein paar aufgeklärte Ausgebrannte, die ihnen das Wasser reichen können.

Neun

Sollten die Schulen für Kranke sich am Ende doch ein paar ausgebrannte Quotentrottel leisten, wenn vorge-setzter Scharfsinn bei ihnen noch ein paar Ressourcen ausfindig machen kann? -

Oder doch lieber: Blumengießen? - Aber bitte ganz, ganz achtsam!

Jürg Fischer
Freiburg





Offen gesagt



Herborn, Mai 2001

Offener Brief

**an den Vorstand des SchuPs -Arbeitskreises,
an den Organisator der SchuPs - Tagung 2001 in Freiburg, SoR Frieder Schmitt,
an die Redaktion mit der Bitte um Veröffentlichung in der kommenden Ausgabe der SchuPs -Zeitung.**

Seit 1995 haben LehrerInnen unserer Schule regelmäßig an den SchuPs Jahrestagungen teilgenommen. Zweimal (1995 und 2000) war das gesamte Kollegium vertreten. Neben den qualifizierten Fachvorträgen und der Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch schätzen wir vor allem auch die Kleinheit, die Überschaubarkeit, die SchuPs von anderen Verbänden unterscheidet. Entgegen unserer ursprünglichen Absicht, auch diesmal "komplett" nach Freiburg zu fahren pädagogischer Tag und beweglicher Ferientag waren zu diesem Zwecke bereits beantragt -haben wir uns nach langen Diskussionen anders entschieden.

Hier die Begründung:

Im Gegensatz zu den Vorjahren gab es diesmal leider keine Alternativen bzgl. der Unterbringung. Wir wollten alle gerne ein Einzelzimmer haben und hätten uns, da vor Ort nur sehr wenige zur Verfügung standen, auch selbst um ein solches bemüht außerhalb des Kolpinghotels. Wir wären damit allerdings das Risiko eingegangen, nicht an der Tagung teilnehmen zu können, nämlich bei Auslastung der Kapazität der Tagungsräume durch "interne" Teilnehmer. Dies führte bei uns zu erheblicher Planungsunsicherheit. Fährt das komplette Kollegium, ist die Schule für 2 bis 3 Tage dicht, d.h. ein solches Vorhaben muss *frühzeitig* mit allen betroffenen Institutionen (Klinik, Schulamt, Lehrerfortbildung wegen evtl. Zuschüsse) abgesprochen werden. In diesem Fall war das nicht möglich. Statt 11 hat sich nun nur eine Kollegin angemeldet, deren Sohn in Freiburg wohnt. Sie nimmt das Risiko, eine Absage zu bekommen, in Kauf. Des weiteren ist der Preis zu nennen. Wir sind uns dessen bewusst, dass Freiburg ein recht "teures Pflaster" ist, stellen aber doch die Frage:

Wohin will SchuPs?

In den letzten Jahren sind Lehrgangsinhalte und Rahmenprogramm deutlich anspruchsvoller geworden. Wir begrüßen dies im Hinblick auf die Inhalte, sind allerdings der Meinung, dass das Rahmenprogramm in erster Linie dem geselligen Beisammensein dienen sollte und halten die Entwicklung, immer "tollere" Angebote zu machen, für unnötig. Wir wissen, dass schon jetzt KollegInnen aus finanziellen Gründen nicht mehr an SchuPs teilnehmen können. Außerdem sehen wir die Gefahr, dass bei immer anspruchsvoller werdendem (Rahmen-)programm sich irgendwann keine Schule mehr findet, die bereit ist, die Tagung auszurichten, da die Vorjahresangebote kaum mehr zu überbieten sind. Da die Jahrestagung nun mal zentraler Dreh- und Angelpunkt des Arbeitskreises ist, würde dies sehr wahrscheinlich bedeuten, dass SchuPs stirbt.

Und genau das wollen wir nicht,

denn nach qualifizierten Fortbildungsmöglichkeiten für LehrerInnen an Psychiatrieschulen sucht man sowohl auf regionaler als auch auf überregionaler Ebene meist vergebens.

Schon allein deshalb darf SchuPs nicht einschlafen!

Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Der Entscheidung, nicht nach Freiburg zu fahren, sind wochenlange Diskussionen vorausgegangen. Sie ist uns sehr schwer gefallen.

Allen, die dort sind, wünschen wir viele gute neue Erfahrungen, Einsichten, Ideen

Die Kolleginnen und Kollegen der Rehbergschule, Herborn

Freiburg, 16.07.01

Antwort auf Ihren offenen Brief

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

für Ihre kritische Stellungnahme zur Organisation der SchuPs-Tagung 2001 in Freiburg bin ich Ihnen sehr dankbar; Sie sprechen darin Überlegungen an, die auch mich beschäftigt haben und eine gewisse Sorge um die Organisierbarkeit künftiger Tagungen rechtfertigen.

Zur Bewertung einzelner Rahmenbedingungen der Freiburger Tagung lohnt es sich jedoch, die Vorgeschichte in Erinnerung zu rufen und die per Abstimmung legitimierte Vorgehensweise nochmals transparent zu machen:

1. Die SchuPs-Vollversammlung 1999 in Hamburg hat mich dringend gebeten, eine der nächsten Jahrestagungen in Freiburg auszurichten. Ich habe den Wunsch in der Weise aufgegriffen, dass ich ein Jahr lang nach geeigneten Möglichkeiten in der Freiburger Region Ausschau gehalten habe. Auf der abschließenden Vollversammlung der Tagung in Hamm 2000 habe ich die Bedingungen - Unterkunft und Tagung in einem Hotel, die Buchungsmodalitäten und den Kostenrahmen – mit der zum damaligen Zeitpunkt größtmöglichen Transparenz dargestellt. Dies schien niemand abgeschreckt zu haben, denn das Votum für Freiburg war überwältigend und eindeutig.
2. Der schöne Abschlussabend in Hamm mit Büffet und Tanz hat unzählige Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewogen, mir den Wunsch nach einer Wiederholung des Tanzabends in Freiburg mit ins Gepäck zu geben.
3. Mit diesen Nachrichten kehrte ich aus Hamm zurück und machte mich unmittelbar danach an die Aufgabe, die Tagung in Freiburg vorzubereiten. Dass dabei bereits jetzt mehrere hundert Stunden Arbeit nicht nur für mich, sondern in erheblichem Ausmaß vor allem für die Schulsekretärin angefallen sind, war bei Auftragsannahme nicht abzusehen. In zunehmendem Maße ist seit einigen Wochen das gesamte Kollegium in Brainstorming und Erledigung von Einzelaufgaben einbezogen.
4. Glücklicherweise hat die Zahl der Anmeldungen ermöglicht, dass die Tagung überhaupt stattfinden kann und die Vorarbeiten nicht umsonst waren.; die Mindestzahl von 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die als Bedingung des Hotels und als Basis der Gesamtkalkulation (z.B. Referentenhonorare, SchuPs-Abend, allgemeine Tagungskosten) notwendig war, wurde nach zögerlichem Beginn der Anmeldung inzwischen weit übertroffen. Wir rechnen derzeit mit ca. 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.
5. Die Kosten sind in diesem Jahr nur geringfügig höher als für vergleichbare Buchungen in Hamm (z.B. bei Übernachtung im Hotel). Das Gesamtangebot ist äußerst günstig kalkuliert; die Schule Hesterberg in Schleswig musste ihre Absicht, im Jahr 2002 die Tagung auszurichten, wegen der zu erwartenden höheren Hotelkosten wieder aufgeben.
6. Von Anfang an war der Arbeitskreis bemüht, über Nordrhein-Westfalen hinaus Mitglieder zu gewinnen; dass dabei „die Kleinheit, die Überschaubarkeit“ allmählich verloren gehen würde, war bereits in den letzten Jahren abzusehen. In Freiburg kann man zum ersten Mal von einer gleichmäßigen Teilnahme aus allen Bundesländern sprechen unter Einbeziehung der Nachbarländer Niederlande (wie gewohnt) und (neu) Schweiz und Österreich. Wenn Kolleginnen und Kollegen also mehrere hundert Kilometer Fahrt auf sich nehmen, kann das Programm nicht auf einen „Erfahrungsaustausch“ beschränkt bleiben. Attraktive Redebeiträge und etwas für's Herz in Form eines „Abschlussballs“ sind dabei fast selbstverständlich. Bekannte Namen erhöhen die Kosten für Honorare, gute Musik kostet (zu Recht) Geld ...

Kurzum: Das Angebot, das die Klinikschule Freiburg für ca. 500,- DM zusammengestellt hat, kann sich sehen lassen, und eine respektable Zahl der Anmeldungen belegt ja auch die Anerkennung dieser Bemühungen und die Attraktivität des Programms. Gleichwohl teile ich Ihre Sorge „Wohin will SchuPs“ insofern, dass möglicherweise Grenzen der Machbarkeit erreicht sind, vor allem wenn die Tagung in einer weniger attraktiven Stadt stattfindet. Ich sehe keine Alternative zu der Notwendigkeit, 1. ein vielfältiges Programm zusammenzustellen („Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen.“ [FAUST]) und 2. die „Intimität der frühen Jahre“ durch ein gesellschaftliches Rahmenprogramm zu kompensieren.

Erst einmal gilt es abzuwarten, ob die Erwartungen der zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Freiburg erfüllt werden – was ich mir natürlich sehr wünsche.

Auf der abschließenden Vollversammlung können dann Perspektiven für weitere Veranstaltungen entwickelt und beschlossen werden.

Wenn sich irgendwo bescheidenere Lösungen realisieren lassen, wenn vor allem bescheidenere Unterkünfte möglich sind, soll es mir recht sein, denn es würde auch meinen Geldbeutel entlasten.

Ihre Befürchtung, liebe Kolleginnen und Kollegen, „dass SchuPs stirbt“, teile ich nicht.

Es soll, es wird weitergehen – vielleicht in anderer Form.

Herzliche Grüße

Frieder Schmitt

**Sehr geehrte Frau Siepmann,
lieber Frieder Schmitt,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

im Namen des Landesvorstandes des Verbandes Deutscher Sonderschulen – Fachverband für Behindertenpädagogik möchte ich Sie ganz herzlich hier in Baden-Württemberg begrüßen. Es freut mich außerordentlich, dass die Jahrestagung des Arbeitskreises ‚Schule und Psychiatrie‘ hier bei uns in Freiburg stattfindet. Und ich möchte gleich an dieser Stelle dazu sagen: der Landesverband Baden-Württemberg des VDS unterstützt mit vollstem Engagement den Arbeitskreis ‚Schule und Psychiatrie‘ und damit selbstverständlich alle Bemühungen um die Weiterentwicklung der ‚Schulen für Kranke‘.

Ich möchte mich in meinem kurzen Grußwort auf einige wenige, aber aus meiner Sicht relevante Anmerkungen und Positionen auf struktureller Ebene beschränken.

1. Kinder und Jugendliche, die von Krankheit betroffen sind, sind Kinder und Jugendliche in äußerst schweren Lebenssituationen. Neben einer eventuellen Behinderung, die diese Kinder und Jugendliche begleitet bzw. die durch die Erkrankung entsteht, befinden sie sich aber alle in einer Lebenssituation, wo es gilt Benachteiligungen zu verhindern. Der Fachverband für Behindertenpädagogik setzt sich mit allen seinen Möglichkeiten und Kräften für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und Benachteiligungen ein. Von daher ist der Bereich der ‚Schule für Kranke‘ unser Aufgabenfeld und ohne WENN und ABER ein Arbeitsbereich der Sonderpädagogik!
2. Kinder und Jugendliche, die von Krankheit betroffen sind, haben den Anspruch auf eine eigene Schule an der Klinik. Aus unserer Sicht kann diese Schule nur eine sonderpädagogische Institution sein. Die Kinder und Jugendliche, die von Krankheit betroffen sind, benötigen ein Höchstmaß an individueller, von förderdiagnostischen Vorgehensweisen gekennzeichneten, schulischer Begleitung.
An dieser Stelle möchte ich den bisherigen Ausbaustand des Sonderschultyps ‚Schule für Kranke‘ als positiv in Baden – Württemberg bezeichnen und danke allen, die sich in den vielen Jahren so engagiert für diesen Ausbau in unserem Bundesland eingesetzt haben.
Nur eigenständige sonderpädagogische Institutionen sichern auf Dauer entsprechende Qualität und sichere Rahmenbedingungen.
3. Kinder und Jugendliche, die von Krankheit betroffen sind, haben den Anspruch auf optimal qualifizierte Lehrerinnen und Lehrer. Sonderpädagogische Kompetenz ist dabei unerlässlich und geradezu für diesen Arbeitsbereich der Sonderpädagogik von allergrößter Bedeutung. Der Landesverband tritt deshalb ohne WENN und ABER für einen eigenständigen Studiengang im Rahmen des Sonderpädagogikstudiums im Rahmen der Lehrerbildung ein. Weiter müssen unbedingt berufsbegleitende, sonderpädagogisch qualifizierende Weiterbildungskonzepte für die Lehrerinnen und Lehrer angeboten werden. Der Landesverband ist hier jederzeit als Kooperationspartner ansprechbar und wird sich auch an dieser Stelle aktiv für die Realisierung entsprechender Konzepte einsetzen.
4. Kinder und Jugendliche, die von Krankheit betroffen sind, sind oft nur eine kurze Zeit in der Klinik. Hier wird deutlich, die Schule für Kranke hat eine weit über den eigentlichen Klinikaufenthalt hinaus gehende Aufgabenstellung – nämlich die enge Kooperation mit der Heimatschule des Kindes, des Jugendlichen und damit eine weitere Begleitungsaufgabe. Der Fachverband tritt auch an dieser Stelle ohne WENN und ABER für die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen zur Wahrnehmung dieser immer bedeutsam werdenden Aufgabe ein.
5. Die Schule für Kranke ist in einem äußerst komplexen Feld angesiedelt. Neben der Sicherung des eigenen Standortes, des eigenen Hauses, ist es von daher unerlässlich, dass Kompetenzen im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit weiter entwickelt werden. Systemisches Handeln und Denken ist Grundlage der sonderpädagogischen Interventionen gerade in Ihrem Arbeitsfeld. Der Landesverband tritt deshalb ohne WENN und ABER für eine weitere Professionalisierung in diesem Feld ein. Dies bedeutet: Stärkung der Beratungskompetenz, Gesprächsführung, systemische Prozessentwicklung und begleitende Supervisionsangebote.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich bei unserem Landesreferenten Frieder Schmitt für dessen großes Engagement für die Belange der Schulen für Kranke. Dieser Dank gilt auch stellvertretend den vielen engagierten Kolleginnen und Kollegen an den Schulen für Kranke, die sich weit über ihr eigentliches Aufgabenfeld hinaus mit der Weiterentwicklung dieser so wichtigen Institution einsetzen.

Ich wünsche Ihnen allen einen rundherum tollen Aufenthalt in den nächsten Tagen hier in Freiburg!

Thomas Stöpler,
Landesvorsitzender des VDS Baden-Württemberg

Liebe SchuPs-Leserinnen und Leser!

Zur SchuPs-Tagung im nächsten Herbst möchten wir euch herzlich nach Kassel einladen. Die Tagung wird in der Reinhardswaldschule (einer Einrichtung des Hessischen Landesinstituts für Pädagogik, HeLP) in Fuldaatal-Simmershausen stattfinden. Dort, etwa 10 km außerhalb Kassels im Fuldataal, stehen uns etwa 100 Übernachtungsplätze zur Verfügung. Wir hoffen, das vorläufige Programm kann euch locken. Sicher wird es auch genügend Zeit für den Erfahrungsaustausch mit den KollegInnen geben.

Es grüßt euch das Team der Käthe-Kollwitz-Schule in Kassel.

Programm der SchuPs-Tagung 2002

bisher geplante

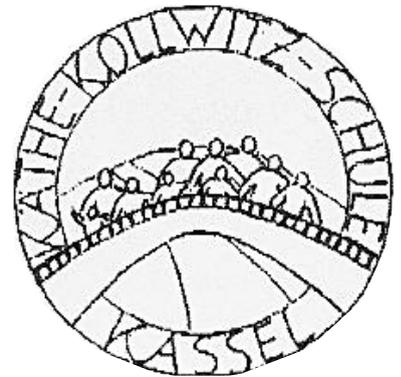
Vorträge:

- Frau Prof. Dr. Herter-Meyer (Hamburg) Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (30 Min. Vortrag – 30 Min. Diskussion)
- Dr. Wittmann / Herr Moritz (Marsberg) Bedeutung der Beschulung forensischer Patienten
- Herr Dr. Nedoschill (Erlangen) Essstörungen

bisher geplante

Workshops:

- Herr Leberherz (Eltville) Lernberatung
- Herr Rotthaus (Düsseldorf) Praktikum an der Schule für Kranke
- Frau Huflage (Kassel) Vorstellung der Käthe-Kollwitz-Schule
- Frau Vidal (Marburg) Kinder- und Jugendbibliothek für Klinik und Schule
- Herr Dr. Meder (Kassel) Psychohygiene an der Schule für Kranke – Supervision (bis zu 3 zweistündige Angebote)
- Frau Mitzlaff (Kassel) Missbrauch
- Frau Bläsen (Viersen) Tagesklinik
- Herr Reitmeier (Landshut) Schulsponsoring
- Frau Dr. Kollmar-Masuch (Viersen) Unterrichtskonzept - Eine Lernfamilie an der SfK
- Herr Dr. Nedoschill (Erlangen) Essstörungen
- N.N. Schülerzeitung
- N.N. Neue Medien
- Frau Lebeck (Düsseldorf) Anti-Stigma-Gruppe
- N:N: Nachsorge und Reintegration



Weitere Programmpunkte:

- Schülerlesung (Düsseldorf), Donnerstag „Wenn die Seele überläuft“
- Abendprogramm, Freitag Karl Garff (Kabarett): Zum alltäglichen Wahnsinn mit musikalischen Beiträgen
- Samstag Abschlussrunde

Jahrestagung des Arbeitskreises „Schule und Psychiatrie“

18.09. – 21.09.2002 in Kassel

Anmeldung (Anmeldeschluss ist der 30.04.2002)

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____ Bundesland: _____

Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Schule: _____ Schulort: _____

Tagungsort ist die Reinhardswaldschule, Kassel. Der Tagungsbeitrag beträgt für Mitglieder **Euro 175,00**, für Nicht-Mitglieder **Euro 185,00**. Darin enthalten sind: 3 Übernachtungen im Einzelzimmer mit Vollpension, die Tagungskosten und die Kosten für das Programm des „SchuPs-Abends“.

Die Teilnahmekosten ohne Übernachtung betragen Euro 112,00 für Mitglieder und Euro 122,00 für Nichtmitglieder.

Vegetarisches Essen: ja ? nein ? **(Bitte ankreuzen)**

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular an:

Käthe-Kollwitz-Schule

SchuPs-Tagung 2002

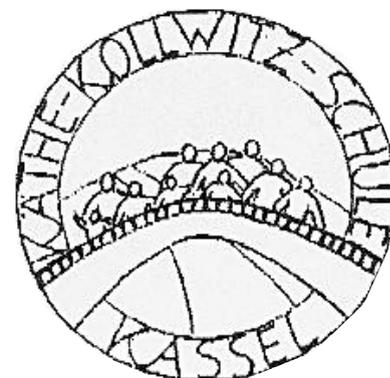
Herkulesstraße 111

34119 Kassel

Tel.: 0561/31006-471

Fax: 01212-5-22784086

E-Mail: schups-tagung.kassel@web.de



und überweisen Sie gleichzeitig den entsprechenden Betrag auf das Konto:

Susanne Reiber
Kasseler Sparkasse
BLZ 520 503 53
Konto-Nr. 100 33 29 949
Verwendungszweck: SchuPs-Tagung 2002

Die Überweisung des Teilnehmer/innen-Beitrags gilt als verbindliche Anmeldung. Nach Eingang des Beitrages wird Ihnen die Anmeldebestätigung zugeschickt. **Anmeldeschluss ist der 30.04.2002.**

Bitte geben Sie unbedingt Ihre E-mail Adresse an (oder e-mail Ihrer Schule)! Um Kosten zu sparen, würden wir gerne die Anmeldebestätigung und das endgültige Programm per e-mail zusenden.

Eine direkte Anmeldung in der Reinhardswaldschule ist nicht möglich.

Datum

Unterschrift

Über den Tellerrand blicken ...

Überregionaler Stammtisch: Vernetzungsinitiative von und für SchuPs-Lehrerinnen und –Lehrer in Nordrhein Westfalen

Das Kollegium der Ruhrlandschule (Schule für Kranke) in Essen fand es an der Zeit, einen Austausch unter Kollegen in NRW zu ermöglichen. Dies griff der Lehrerrat auf und lud im Mai 2001 Krankenhausschulen ein.

Am 24.10.2001 um 16.00 Uhr trafen sich elf Kolleginnen und Kollegen aus den Krankenhausschulen Münster, Dortmund, Hattingen, Recklinghausen, Düsseldorf und Essen in der Ruhrlandschule in Essen. In gemütlicher und lockerer Atmosphäre kristallisierten sich einige Themenschwerpunkte heraus, die teilweise nur angerissen, teilweise aber auch sehr ausführlich diskutiert wurden. Es stellten sich Gemeinsamkeiten (u.a. der Umgang mit den vielen verschiedenen Berufsgruppen ...), aber auch sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen (von der

„Besenkammer“ bis zum modernen Schulgebäude) heraus. Es wurden viele Wünsche und Verbesserungsvorschläge für die pädagogische Arbeit zusammengetragen.

Alle waren dafür, dass dieser „**Stammtisch Krankenhausschulen**“ fortgesetzt werden soll. Wir hoffen, dass noch mehr Kolleginnen und Kollegen beim nächsten Treffen am **17.04.2002 von 15.30 - 17.30 Uhr in Münster** dabei sein können!

Ort:

Helen-Keller-Schule
(städt. Schule für Kranke)
Albert-Schweitzer-Str.33,
48149 Münster.

Unsere **Themen** sollen u.a. sein:

- ? Förderplan
- ? Lern- Leistungsdiagnostik
- ? Fortbildungsveranstaltungen

Kontakt:

Ruhrlandschule, Holsterhauser Str. 151,
45147 Essen

Tel.: 0201/705023

FAX: 0201/705043

E-mail:

Ruhrlandschule-Essen@t-online.de

*Anne Tersteegen und Johannes Persie,
Ruhrlandschule Essen*

Vom trockenen Wein zu ... Zahlen

Beschlüsse der SchuPs-Mitgliederversammlung in Freiburg

Für alte, neue und zukünftige Mitglieder
und Abonnenten

Am 22. 9. 2001 hat die Mitgliederversammlung von SchuPs beschlossen :

- 1. Nur natürliche Personen können Mitglieder bei SchuPs werden. Schulen, die bisher Mitglieder waren, werden Abonnenten.**
- 2. Abstimmungsberechtigt sind nur Mitglieder von SchuPs.**
- 3. Ab 2002 zahlen Mitglieder 20 € und Abonnenten 6 € .**

Die Schulen werden mit der nächsten SchuPs – Zeitung eine Rechnung erhalten und dann hoffentlich nicht länger am Zahlen gehindert sein. (Nicht mal 10% der Schulen zahlten in der Vergangenheit.)

Alle, die drei Jahre / 1999 – 2001 nicht mehr bezahlt haben , werden aus der Liste gestrichen und bekommen damit keine Zeitung mehr. SchuPs kann sich diesen Luxus leider nicht länger leisten.

Eine große Bitte an alle, die keine Einzugsermächtigung erteilt haben :

Gebt eure / geben Sie Ihre **Mitglieds- bzw Abonnentennummer** bei Überweisungen an!!!

Überweisungen von Krankenhausschulen, auf denen ausschließlich K-H-S,

ohne Namen, ohne Ortsangabe und ohne Nummer, vermerkt ist, können beim besten Willen nicht zugeordnet werden.

Für die, denen jetzt einfällt, dass sie noch bezahlen müssen, zum Schluss noch

die Kontonummer von SchuPs:

Karin Siepmann

Kto Nr.: 7682206 bei Sparkasse Hamm

BLZ : 41050095

*Ursel Schwartzkopff
Münster*

Schatzmeisterin des Arbeitskreises SchuPs

SchuPs

Abo oder Beitrittserklärung

Name: _____

Straße: _____

Plz., Ort _____

Telefon: _____ Fax: _____ e-Mail: _____

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum "Arbeitskreis Schule und Psychiatrie" *SchuPs*. Ich erkenne die Satzung als für mich bindend an. Die Mitgliedschaft gilt solange, bis ich sie schriftlich widerrufe. Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist der Bezug der *SchuPs*-Zeitung.

Ich bin damit einverstanden, dass *SchuPs* den jeweils gültigen Jahresmitgliedsbeitrag (derzeit 20,- €) von folgendem Konto abzieht:

Konto Nr. _____ BLZ _____

- Ich möchte die Zeitschrift *SchuPs* ab der Ausgabe Nr. 10 abonnieren. Ich bin damit einverstanden, dass die jeweils gültigen Bezugskosten (derzeit 6,- € jährlich) von folgendem Konto abgebucht werden.

Konto Nr. _____ BLZ _____

- Ich bin zugleich damit einverstanden, daß mein Name in den Verteiler des "Arbeitskreises Schule und Psychiatrie" aufgenommen wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte ausschneiden und senden an: Ursel Schwartzkopff
Helen-Keller-Schule, SfK
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster

Der Arbeitskreis wird vertreten durch:
Karin Siepmann (Gesch. Sprecherin)
Detlev Krüger
Lothar Meyer